Rok XXXV. Kraków 1. Sierpnia 1896. Nr. 31.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

Redakcya: Przy ulicy Basztowej Nr. 4.

Administracya: Szpital św. Ludwika, przy ulicy Strzeleckiej Nr. 2.

Ekspedycya miejscowa: w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Ogłoszenia przyjmują: w Krakowie Administracya a w Paryżu p. Adam 81. rue des Saints Pères.

Przedpłatę przyjmują: Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego w Krakowie, nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe w Warszawie księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w Paryżu p. Adam 81, rue des Saints Pères w Nowym Jorku Dr. Bronisław Grabowicz 137. Clinton and 180 Broome Streets.

Rękopisy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiem i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ 1½ „	„ 3½ „	„ 6 „

Treść:

Rok XXXV. Kraków 1. Sierpnia 1896. Nr. 31.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

Artykuły oryginalne.

I. Przypadek świądu sromu niewieściego, wyleczony nowym sposobem operacyjnym.

Podał

Prof. Dr. A. Mars.

Po wypowiedzeniu moich uwag, dotyczących etyologii świądu sromu niewieściego, na posiedzeniu Tow. ginekologicznego krakowskiego w dniu 5. Maja b. r., które były drukowane w *Przegl. lek.* w Nr. 22 i 23, wyczytałem w *Berliner klinische Wochenschrift* z 4. Maja spostrzeżenia Pawła Rugego, które on przedstawił w Marcu b. r. na posiedzeniu Towarzystwa ginekologicznego berlińskiego. Nadto w 18 numerze *Centralblatt f. Gynaekologie* z 2. Maja znalazłem dyskusyę wywołaną w Towarzystwie ginekologicznem berlińskiem odczytem Rugego. Zapatrywania wyczytane ucieszyły mnie bardzo, albowiem znalazłem w nich potwierdzenie moich poglądów, co dotyczy leczenia świądu sromu niewieściego, jak zatem przemawia podane leczenie w przypadkach przezemnie opisanych.

W dyskusyi nad odczytem Rugego większość autorów zdaje się z nim zgadzać, kładąc nacisk na należyte oczyszczenie sromu. Martin radzi nawet golić srom i potem stosuje kwiat siarczany.

Żaden z autorów jednak nie zwraca uwagi na zachowanie się uwłosienia sromu, które właśnie było podstawą do ułożenia moich spostrzeżeń. Wobec tego, tem pochopniej pospieszam z opisem przypadku i zabiegu operacyjnego, który z pomyślnym wynikiem wykonałem, a o którym w odczycie moim w dniu 5. Maja wspomniałem, że go mam zamiar wykonać u pewnej chorej, właśnie w leczeniu będącej.

Historya tego przypadku jest następująca:

M. B., lat 33, służąca, przybyła na mój oddział szpitalny d. 2. Maja. Według wywiadów miesiączkowała pierwszy raz w 16 roku życia. Podczas 1-szej miesiączki doznawała uczucia parcia na mocz. Regularność, trwająca 3 do 4 dni, powracała ściśle okresowo. Od 8 lat, to jest od czasu pierwszego spółkowania, miesiączka stała się obfitszą i trwa obecnie cały tydzień. Często cierpiała na zaparcie stolca. Od roku miewa białe upławy i nader dokuczliwy świąd sromu, który jej sypiać po nocach niepozwala. Chora z zawodu jest kucharką, a ponieważ służy u ludzi biedniejszych, musi cały dzień pracować i spełniać cięższe roboty. Całodzienna praca i bezsenne noce sprawiły, że wyczerpana na siłach, musiała służbę porzucić i szukać w szpitalu pomocy lekarskiej, aby się pozbyć uporczywego świądu.

Badanie wykazało: spojówki blade, język obłożony, buczenie nad żyłami szyjnemi, kruczenie w okolicy kiszki ślepej i tkliwość przy omacywaniu. Narządy wewnętrzne nie wykazują nic nieprawidłowego. Nad pachwinami i nad spojeniem kk. łonowych żadnego nieprawidłowego oporu wykazać nie można. Na wzgórku sromowym i na wargach dość obfite uwłosienie. W ułożeniu na stołku ginekologicznym z rozstawionemi udami, wargi większe nieznacznie od siebie odstają, a z pomiędzy nich wychyla się łechtaczka i wargi mniejsze obrzękłe, nieco ciemniej niż zwykle zabarwione. Po rozchyleniu warg większych, pomiędzy niemi a łechtaczką, widać po obu jej stronach dwa fałdy błony śluzowej zbiegające równolegle i wzdłuż szpary sromowej ku dołowi i obejmujące poniżej wargi mniejsze. Fałdy te mocno obrzękłe, gubią się poniżej warg mniejszych w błonie śluzowej przedsionka.

Na wewnętrznej powierzchni warg sromowych większych, w górnej ich połowie, widzi się uwłosienie, a mianowicie: drobne na kilka milimetrów długie, prostopadle z wewnętrznej powierzchni warg wyrastające włosy. Zbliżając wargi do siebie można się przekonać, że włosy te sterczą ku łechtaczce i wargom mniejszym, w które się ich końce niejako wciskają. W dolnej połowie warg włosów tych nie widać. Na zewnętrznej powierzchni warg spostrzega się tu i ówdzie zdrapanie przyskórka.

Przedsionek blady — również i rozciągnięta błona dziewicza blada, wejście do pochwy miernie szerokie. Z ujścia pochwowego nie wypływa żadna ciecz nieprawidłowa. Pochwa wązka, ułożona w prawidłowe fałdy, część pochwowa drobna, dziewicza, z ujściem skierowanem ku tyłowi. Sklepienie wolne; w przedniem sklepieniu czuć dalszy ciąg ciała macicy, ułożonej w prawidłowem przodopochyleniu. Macica w całości mała, smukła, w przedniej ścianie jej ciała, podczas badania dwuręcznego, czuć drobne dwa guzki, wielkości grochu, odznaczające się większą zbitością od reszty utkania.

Badanie wziernikiem wykazuje prawidłowo wyglądające ściany pochwy i dziewiczą część pochwową. Pochwa zawiera nieznaczną ilość wydzieliny śluzowej białawo mętnej, która na brzegu wyjętego wziernika widzieć można.

Badanie moczu, podjęte przez prof. Dra Stopczańskiego, wykazało mocznik w ilości nieco zmniejszonej, jak niemniej fosforany i siarkany, również w ilości nieco zmniejszonej. Żadnych składników nieprawidłowych, ani chemicznie, ani badaniem mikroskopowem, niewykazano.

4. Maja ogolono starannie wargi większe w całości. Na skórze widać po ogoleniu w kilku miejscach utratę przyskórka, skutkiem drapania; polecono maść cynkową.

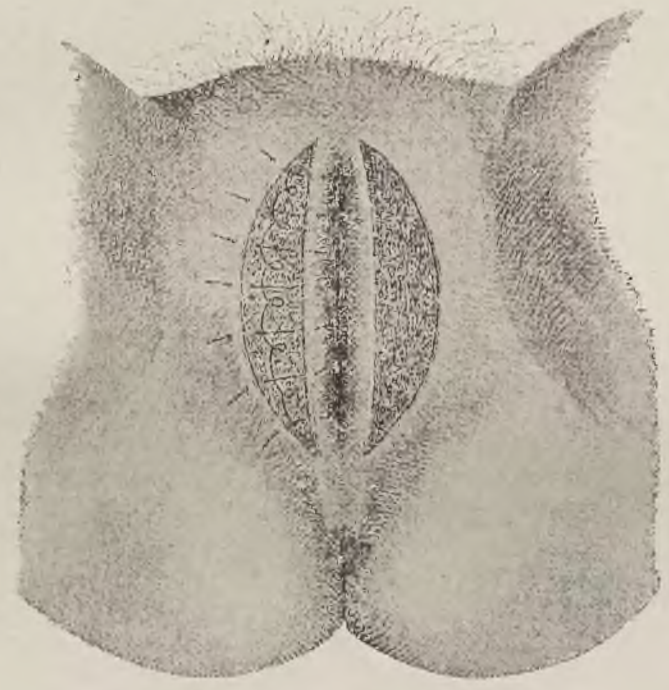
W następnych dniach świąd się niepojawiał, przeczosy wygoiły się, obrzęk napletka łechtaczki i warg mniejszych ustąpił.

11. Maja pojawił się ponownie świąd sromu, a przy oglądaniu stwierdzono odrastanie włosów.

Ponieważ chora jest niezamożna i ciężko pracuje w domu, pamiętać wiele o sobie i leczyć się długo nie może, — przeto zdecydowaną jest poddać się leczeniu chirurgicznemu, jeżeli tylko ono może być pomocnem. Wobec tego 13. Maja wykonałem zabieg operacyjny.

Po ogoleniu ponownem sromu, (przyczem zauważono, że skóra zewnętrznej powierzchni warg mocno ciemno zabarwiona), wycięto z obu warg sromowych większych pół-

księżycowate paski skóry, mniej więcej 10 cm. długie, w miejscu najszerszem na 2 do 2½ cm. szerokie. Cięcie na każdej wardze prowadzono w spokojnem jej ułożeniu, wzdłuż najwyższej wypukłości i na całej długości tejże. Od końca górnego pierwotnego cięcia zatoczono łukowato na zewnątrz drugie cięcie, kończąc je na drugim końcu pierwotnego cięcia. Tak okrążony płat skóry wycięto i, aby tem pewniej uzyskać wywinięcie warg na zewnątrz, założono najpierw dwupiętrowy szew katgutowy ciągnący, a potem zespojono brzegi rany kilkoma jedwabnymi szwami węzełkowymi. Najpierw wykonano zabieg na jednej wardze, potem powtórzono tożsamo na drugiej. Figury, po wycięciu płatów skóry powstałe, przedstawiały się jak na załączonym rysunku.



Po dokonaniu tego zabiegu wargi obie były doskonale odwinięte, a łechtaczka, wraz z napletkiem i wargami mniejszemi, w całość odsłonięte.

Zagojenie nastąpiło przez rychłozrost; 17. Maja usunięto szwy węzełkowe, 18. Maja wystąpiła miesiączka, trwająca 5 dni.

W następnych dniach wystąpił koło liniowej rany nieznaczny obrzęk na obu wargach; polecono okłady z octanu glinowego, a po dwu dniach pozwolono chorej chodzić.

1. Czerwca przedstawiono pacyentkę w Tow. ginekologicznem krakowskiem: ma się zupełnie dobrze, na świąd zupełnie się nie żali, który od chwili dokonania operacyi, mimo że włosy odrastają, wcale się nie pojawił.

Przy zbliżeniu nóg wargi tak się układają, że włosy ku wewnątrz nie sterczą.

Chora powróciła do pracy, jest czynną, ostatni raz widziałem ją w cztery tygodnie po wykonaniu operacyi, ma się zupełnie dobrze, świąd się nie pojawił.

Przypadek ten aczkolwiek nie wykazuje może stanowczo, że nienaturalny kierunek uwłosienia był przyczyną bezpośrednią istnienia świądu, to przecież wymownie świadczy, że uwłosienie to, wobec świądu rolę czynną niewątpliwie odgrywało. Usprawiedliwionem jest co najmniej przypuszczenie, że nieprawidłowe uwłosienie może być łącznikiem, że tak powiem, między cierpieniem przyczynowem a świądem chorobliwym sromu niewieściego.

Że w wielu przypadkach rzecz się tak ma, przemawiałaby zatem okoliczność, że niejednokrotnie można napotkać przy badaniu przypadki, w których włosy leżą w przedsionku, a mimo to osoby te się na świąd nie skarżą. Przypuszczenie to tłómaczyłoby nam nadto dlaczego w wielu przypadkach, w których istnieją cierpienia, czy to całego ustroju dotyczące, czy też miejscowe, które do cierpień przyczynowych świądu sromu niewieściego zaliczamy, a mimo to w przypadkach tych świąd sromu się nie pojawia; wreszcie, że mimo tak znacznej częstotliwości i tak znacznego szeregu cierpień przyczynowych, świąd sromu jest cierpieniem stosunkowo wcale rzadkim, czyli, że sądzićby należało, że wobec istniejących cierpień przyczynowych, w przypadkach okazujących nieprawidłowe zachowanie się uwłosienia sromu, łatwiej świąd chorobliwy występuje. Szczególniej zaś dotyczyłoby to tych przypadków, w których drobnoustroje odgrywają rolę, gdyż możnaby się ich siedziby na włosach domyślać.

W przypadku opisanym jedna okoliczność jest niejasną, a mianowicie: zkąd powstało u tej osoby wadliwe uwłosienie? W przypadkach pierwotnie obserwowanych sprawa chorobowa dotyczyła staruszki, z wyraźnym uwiądem starczym części płciowych, który wwinięcie się ku wewnątrz warg sromowych większych dostatecznie tłómaczył. W przypadku jednak niniejszym idzie o osobę młodą, u której zaniku sromu ani widzieć, ani przypuszczać nie można. Raczej przypuszczaćby należało, że uwłosienie to dawniej istniało i dopiero, po pojawieniu się niewykazanego cierpienia przyczynowego, wywołało dokuczliwy świąd sromu.

Dodatkowo jeszcze nadmienić muszę, iż w ostatnich dniach miałem sposobność widzieć staruszkę, u której najpierw na uwłosienie nieprawidłowe sromu zwróciłem uwagę. Od osoby tej się dowiedziałem, że w ciągu roku 5 razy świąd powrócił i, że za każdym razem po starannem wystrzyżeniu włosów, znów na czas dłuższy ustępował. Operacyjnemu zabiegowi nie ma ona zamiaru poddać się, albowiem stan jej jest obecnie zupełnie dobry i świądu się już nieobawia, skoro wie, że przez usunięcie włosów i świąd na czas dłuższy usunąć może.

II. O ośrodkach i nerwach krtaniowych ze względu na fonacyę.

Wykład habilitacyjny

Dra Aleksandra Baurowicza,

miany 22. Maja 1896.

(Dokończenie. Patrz Nr. 30).

Pogrzebaną naukę o podwójnej inerwacyi mięśni krtaniowych wskrzesił w roku 1868 Exner, a to na podstawie swych doświadczeń na królikach i psach, a nadto opisał nerw krtaniowy średni (*nervus laryngeus medius*), gałązkę odchodzącą od *nervus pharyngeus nervi vagi*, mającą podobnie jak nerw krtaniowy górny zaopatrywać mięsień pierścienio-tarczykowy. Lubo pierwsza połowa zapatrywań Exne-

ra utrzymać się nie mogła, przecież przeważna ilość badaczy nie zaprzecza istnienia u królików i psów nerwu krtaniowego średniego i nie odmawia mu znaczenia fizyologicznego, jednak o analogii z człowiekiem nie ma mowy, gdyż oprócz Exnera, który nerw krtaniowy średni (*nervus laryngeus medius*) znalazł także u człowieka, nikt inny tego potwierdzić nie mógł, a nawet sam Exner przyznaje, iż nie znajduje, ażeby morfologiczne znaczenie tego nerwu było takie, jakie on opisał w swych doświadczeniach na psach i królikach. Mimo to do obecnej chwili Exner nie odstąpił od swojego zapatrywania, co do istnienia u człowieka nerwu krtaniowego średniego, jak niemniej podwójnego unerwienia pewnych mięśni krtani.

Pomijając jednak na razie zapatrywania Exnera odnośnie do człowieka, stojące prawie jako odosobnione, pozostajemy dziś na tem stanowisku, co do unerwienia mięśni krtaniowych, jakie wskazał Longet. Nerw krtaniowy dolny, jak badania anatomiczne wykazały, zaopatruje osobnemi gałązkami wszystkie mięśnie krtaniowe, z wyjątkiem mięśnia pierścienio-krtaniowego; czynność fizyologiczna nerwu krtaniowego dolnego jest jak wiadomo dwojaka, pośredniczy on bowiem tak w zamykaniu jak i w rozwieraniu głośni. Pierwszym, który wykazał iż w nerwie krtaniowym dolnym znajdują się oddzielne włókna, pośredniczące w rozwieraniu i zamykaniu głośni, był Semon. Rozdzieliwszy włókna nerwowe, należące do odpowiednich mięśni krtaniowych, wystawił je w różnych warunkach na działanie powietrza i zauważył, że włókna rozwieracza (*posticus*) o wiele wcześniej tracą zdolność przewodzenia, aniżeli włókna zwieraczy (*lateralis i transversus*) Do podobnych wyników doszli Fränkel i Gad, oziębiając rozdzielone włókna nerwu krtaniowego dolnego, a wreszcie Onodi potwierdził zapatrywania powyższych autorów. *Nervus posticus* drażniony, sprowadza zawsze tylko rozwarcie głośni i żaden inny z mięśni zwieraczy, wobec drażnienia nerwu *posticus*, nie kurczy się i nie okazuje pewnego napięcia. Na odwrót, drażniąc oddzielne włókna nerwowe zwieraczy, otrzymuje się stale zamknięcie głośni, odpowiednio do zakresu działania zwieracza. Odpowiada to zupełnie spostrzeżeniom klinicznym, stwierdzającym oddzielne działanie włókien nerwowych mięśni zwieraczy i rozwieracza, jak niemniej odziaływanie wcześniejsze na wpływy szkodliwe włókien rozwieracza. Semon był pierwszym, który doświadczalnie wykazał, iż głośnia podczas spokojnego oddechu jest szerszą aniżeli po śmierci, lub po przecięciu obu nerwów błędnych. To większe rozwarcie głośni zależy według Semona od trwałej czynności rozwieraczy, a stała ta czynność utrzymywaną bywa przez bodźce toniczne, które ośrodek rozwieracza zdaje się otrzymuje od sąsiednich ośrodków oddechowych. Bodźce te u niektórych ludzi są rytmiczne; obserwując głośnię przy spokojnym oddechu widzieć możemy, jak struny głosowe wykonują nieznaczne, ale rytmiczne ruchy abdukcyjne i adukcyjne; stale tego rodzaju ruchy widzimy przy oddechu trochę tylko niespokojnym.

Pierwszymi, którzy zajęli się żywo sprawą stosunku zachodzącego między nerwami krtaniowymi a nerwem błędnym i dodatkowym, byli Bischoff i Longet. Obaj ci autorowie, na podstawie badań fizyologicznych, stwierdzanych w każdym przypadku ze stanowiska anatomicznego, doszli do zgodnych wyników, przypisując nerwowi dodatkowemu znaczenie nerwu krtaniowego ruchowego, podczas gdy nerw błędny miał być tylko nerwem czuciowym. Bernard uważał oba nerwy za ruchowe, mianowicie nerw dodatkowy miał pośredniczyć w rozwieraniu głośni, zamknięcie zaś jej zależeć ma od nerwu błędnego, w którym też miały znajdować się gałązki czuciowe.

Odmienne stanowisko zajął Volkmann jeszcze w roku 1840, a więc współcześnie z wyż wymienionymi autorami; Volkmann, przecinając nerw dodatkowy u psów, nie znalazł żadnych zmian w ruchach strun głosowych i uważał jedynie i wyłącznie nerw błędny, jako pośredniczący w ruchach strun głosowych. W kilkadziesiąt lat później wystąpił Nawratil przeciw znaczeniu nerwu dodatkowego w unerwieniu krtani, a znakomite prace lat ostatnich Grossmanna, Grabowera, Rethiego i Onodiego udowodniły, że nerw dodatkowy nie bierze udziału w unerwieniu mięśni krtaniowych i nie ma żadnego wpływu na ruchy strun głosowych. Wspomniani autorowie wyrywali nerw dodatkowy u psów, królików, kotów na szyi i w dziurze szyjowej i nie zauważyli żadnych zmian w ruchach strun głosowych, lubo u królików nie zawsze wynik był dodatni, co według Grabowera należy tłómaczyć tem, iż u królików włókna nerwu dodatkowego na pewnej przestrzeni biegną razem z włóknami nerwu błędnego tak, że wyrywając nerw dodatkowy bardzo łatwo można uszkodzić i nerw błędny. Każde naturalnie z tych doświadczeń było kontrolowane sekcyą, która zawsze stwierdziła zupełne wyrwanie nerwu dodatkowego. Podobnie przecinano nerw dodatkowy, a drażniąc jego koniec odśrodkowy, otrzymali również wynik ujemny. Ostatnia praca Grabowera rozwiązała kwestyę stosunku do siebie jąder i korzonków nerwów dodatkowego i błędnego. W tym celu Grabower przygotował seryę skrawków z ludzkiego rdzenia, na przestrzeni od 4 nerwu szyjnego począwszy, aż do mostu Varola. Jedna z tych seryi składała się n. p. z 736 skrawków, o grubości 4 mikronów, a rezultatem tej mozolnej pracy, potwierdzającej zresztą wiele rzeczy już przedtem znanych było, iż jądro nerwu dodatkowego ma swą siedzibę w rogu przednim rdzenia, częściowo w jego części grzbietowej, częściowo zaś srodkowej i sięga mniej więcej do połowy skrzyżowania piramid. Później spotykamy nieregularnie porozrzucane jądra, które wyżej łączą się w jądro nerwu podjęzykowego. A zatem nerw dodatkowy według Grabowera neleży wyłącznie do nerwów rdzeniowych i nerw dodatkowy mózgowy nie istnieje, a więc podobnie jak go uklasyfikował Willisius. Jądro ruchowe nerwu błędnego zaczyna się w miejscu, w którem już zupełnie nie ma ani jąder ani korzonków nerwu dodatkowego, a zatem nie ma najmniejszego związku między tymi dwoma nerwami. Czuciowe i ruchowe jądra nerwu błędnego, połączone są ze sobą pośrednio za pomocą włókien rdzeniowych. Grabower uważa wreszcie podobnie jak inni *nucleus ambiguus* za ostatni ośrodek ruchowy dla inerwacyi krtani. Nerw dodatkowy nie ma więc nic wspólnego z unerwieniem krtani, spostrzeżenia kliniczne równoczesnych porażeń, względnie kurczów mięśni: kapturowego, mostko-obojczyko-sutkowego i mięśni krtani, w przypadkach spraw chorobowych na podstawie czaszki, mają swą przyczynę w tem, iż w dziurze szyjowej włókna n. n. błędnego i dodatkowego przebiegają wspólnie na jakiejś przestrzeni, nie zespalając się jednak ze sobą i biegną dalej oddzielnie; w przypadkach zaś porażeń rdzeniowych, ze stanowiska klinicznego, zmiany muszą się równocześnie znajdować tak w rdzeniu kręgowym jak

i przedłużonym. Do stanowczego wyjaśnienia tej spornej sprawy potrzebaby, obok spostrzeżeń klinicznych, także badań pośmiertnych, których niestety brak w tym kierunku.

Nie od rzeczy będzie wspomnieć tutaj o wynikach, jakie otrzymali Grossmann i Onodi co do stosunku nerwu błędnego i dodatkowego w unerwieniu serca, a Rethi w unerwieniu mięśni gardła i podniebienia miękkiego. Pierwsi znaleźli, iż nerw dodatkowy nie wywiera żadnego wpływu na czynność serca, a tak zwane *nervi depressorii* należą do nerwu błędnego; podobnie wykazał Rethi, iż mięśnie gardła i podniebienia miękkiego zaopatruje w ruchowe gałązki wyłącznie nerw błędny, a objawy kliniczne należy tłómaczyć w sposób wyżej podany.

Gdy więc sprawa stosunku wzajemnego nerwów błędnego i dodatkowego zdaje się być załatwioną, pozostałoby tedy stwierdzenie obecności ośrodka fonacyjnego Onodiego i wykazanie dróg łączących ośrodek ten z ośrodkiem kory i rdzenia przedłużonego, a zachodziłaby tu może pewna analogia z ośrodkiem koordynacyjnym żucia i połykania, który znajduje się według Rethiego w *regio subthalamica*, stanowiąc stacyę pośrednią między korą a rdzeniem przedłużonym.

III. Spostrzeżenia z praktyki lekarskiej.

Formaldehyd, nowy środek leczniczy w dentystyce.

Przez

Dra J. Syropa.

Po powrocie z Berlina przeczytałem broszurkę Dra Łepkowskiego „Zastósowanie formaldehidu w dentystyce", a zachęcony dobrymi wynikami, które on otrzymał, zacząłem w m. Październiku 1895 r. stosować ten lek w 40% rozczynie. Prawie wszystkie przypadki, jakie leczyłem formaliną, przebiegały pomyślnie, i to mnie zachęca do ogłoszenia tych moich uwag. Zwłaszcza kilkanaście przypadków powikłanych przetokami i ropniami, a w krótkim czasie wyleczonych, zwróciły moją uwagę i zachęciły do ich omówienia. Używałem formaliny w przypadkach *Pulpitis acuta, Pulpitis polyposa*, *gangraenosa* i w przewlekłych zapaleniach okostny, powikłanych przetokami i ropniami. We wszystkich tych przypadkach, przynajmniej jak dotychczas sądzić mogę, formalina okazała się bardzo dobrym środkiem w leczeniu zachowawczem zębów. Co się tyczy formaliny stósowanej w zapaleniu ostrem miazgi zębowej (pulpy), to wyniki tu otrzymane są może mniej zachęcające nie tyle dla lekarza, ile dla chorych, a to z powodu bardzo silnych bolów, jakie formalina w zetknięciu z nerwem wywołuje. Chorzy, których do przetrzymania tego bólu zachęcałem, wracali często po 2 godzinach z oświadczeniem, że bólu tego przetrzymać niepodobna, a siłę jego porównywali z jakąś siłą rozsadzającą całą głowę. Ze zdaniem kol. Łepkowskiego, że bóle wywołane ciastem, (pastą arszenikową) są takie same, jakie powstają przy stósowaniu formaliny, zgodzić się nie mogę. Bóle bowiem, które wywołuje arsen są dosyć silne, lecz najwyżej przez pierwsze dwie godziny, podczas gdy bóle które sprowadza formalina, są daleko mocniejsze i utrzymują się w tym stopniu do 4 godzin i więcej. Bardzo dobrem natomiast wydaje mi się używanie formaliny po poprzedniem zastósowaniu ciasta arsenikalnego, tu formalina nie odgrywa roli środka leczniczego, lecz tylko znakomicie konserwującego resztki nerwu obumarłego i nadaje się szczególnie tam, gdzie dostęp do kanalików korzeni jest utrudniony, a wydobycie ostatnich resztek nerwu prawie niemożebne. O wiele lepsze wyniki miałem przy stósowaniu formaliny w zapaleniach okostny z powodu *Pulpitis gangraenosa*. Tu po oczyszczeniu jamy zęba i korzeni użycie jedno, a najwyżej dwurazowe formaliny znakomite mi oddaje usługi. Zęby takie po zaplombowaniu bardzo dobrze służą. W niektórych przypadkach tylko występowało po formalinie opuchnięcie policzka i silne zajęcie okostny, które jednak po zastósowaniu zwykłego leczenia, już po dwóch dniach ustępowały. Największe usługi oddała mi formalina w przypadkach, gdzie w następstwie zapalenia okostny i zgorzeli nerwu zębowego, przyszło do przetok i ropni. Kilka przypadków, bardzo dobrze demonstrujących działanie formaliny, chcę nieco dokładnie omówić.

1) 20 Grudnia 1895. zgłosiła się do mnie pani M. L. z Przemyśla z bardzo znacznem obrzmieniem policzka prawego u góry. Bliższe badanie okazało: ząb sieczny górny prawy, zaplombowany cementem, przy dotyku nadzwyczaj bolesny; w okolicy korzenia tego zęba znaczne obrzmienie, wyraźnie chełboczące i również bolesne. Bardzo ostrożnie wyjąłem plombę cementową, oczyściłem jamę i korzeń, o ile to przy tej bolesności było możebnem, następnie wprowadziłem kilka niteczek waty napojonej formaliną i, po drugiej zmianie formaliny, zaplombowałem na stałe cementem Olarwarda. Ropień, z powodu znacznej jego wielkości, przeciąłem; po dwóch dniach dziąsło zagoiło się, a chora, którą po raz drugi widziałem w Marcu, opowiadała mi, że bolesność utrzymywała się w ciągu trzech dni, a od tego czasu używa tego zęba bardzo dobrze. Tu więc formalina, po dwurazowem użyciu, zdziałała to, czego pierwej może po kilkunastodniowem leczeniu zaledwo mógł bym był osiągnąć.

2) Pani A. z Podgórza zgłosiła się do mnie z przetoką zęba dwuguzikowego drugiego górnego, po stronie lewej. Przy ucisku wydobywa się z przetoki znaczna ilość ropy cuchnącej. Po przepłukaniu zęba założyłem formalinę; chora zgłosiła się dopiero po 4 dniach. Po powtórnem przepłukaniu i zastósowaniu formaliny, zaplombowałem ząb cementem. Chora na moją prośbę zgłaszała się do mnie w odstępach dwutygodniowych i już w końcu pierwszego tygodnia śladu przetoki dostrzedz nie mogłem.

3) Dr. S. L. miał ząb górny trzonowy pierwszy po stronie prawej do połowy zepsuty, przy dotyku bolesny, nad zębem przetoka. Jednorazowe zastósowanie formaliny usunęło w ciągu trzech dni całą sprawę. W tym przypadku, po założeniu formaliny, nastąpiło zapalenie okostny, które po okładach lodowych zupełnie ustąpiło. Ząb ten od 4 miesięcy jest zupełnie bezbolesny i chory używa go bardzo dobrze.

Szczęśliwą nazwać można myśl Łepkowskiego, który u nas pierwszy formalinę zastósował, gdyż przez to zaoszczędzamy sobie tyle drogiego czasu, a chorym tylokrotnych uciążliwych wizyt.

IV. Oceny i sprawozdania.

Dr. Biernacki Edmund: **Przegląd metod fizykalnych.** Warszawa, 1896.

Dyagnostyka fizykalna nie należy obecnie do modnych zajęć naukowego lekarza. Mikroskop, hodowla, barwienie, rurka odczynnikowa pochłaniają dziś umysły badaczy, wydając na świat mnóstwo nowych faktów. Dyagnostyka fizykalna, jak trafnie autor powiada, przedstawia przestarzałą kopalnię naukową, której żyła się już wyczerpała. A jednak dyagnostyka fizykalna „bardzo długo, może i zawsze pozostanie alfabetem i integralnym składnikiem wykształcenia lekarza praktyka". Uznania przeto godnem jest, że jeden z młodych pracowników, kroczących czynnie z postępem nowoczesnej nauki, nie zrywa z przeszłością, lecz stara się ją ożywić, dopełnić, a sporne kwestye rozjaśnić. Według tytułu pracy sądząc, możnaby wnioskować, że ona jest zbiorem znanych dotąd metod, tymczasem ma się tu do czynienia z rewizyą krytyczną metod fizykalnych, opartą na doświadczeniu klinicznem i krytycznej obserwacyi autora. Omówione są tu najprzód sporne kwestye, dotyczące fizykalnego badania serca, a potem płuc.

Przy opukiwaniu serca kładzie autor główny nacisk na stłumienie bezwzględne; stłumienie względne, a jeszcze więcej wypuk palpacyjny Epsteina, autor słusznie odrzuca, jako sposób zależny zbytnio od uczucia podmiotowego. Do wypuku bezwzględnego używa autor tylko palców i zmiany w położeniu (nachylania) chorego, zwłaszcza tam, gdzie chodzi o zbadanie, czy serce jest powiększone, czyli też nie. Przytem słusznie zwraca uwagę, aby perkusyę zbytnio nie „wydelikacać“, gdyż ona daje wyniki dobre tylko do pewnych granic. Niemożliwość wypukania serca pod mostkiem tłómaczy autor odmienie jak dotąd, a mianowicie oddaleniem serca od mostka, i przytacza na dowód przypadki, w których wysięk opłucnowy, lub naciek w płucu prawem, dawały nad mostkiem stłumienie, jako będące bliżej mostka, niż serce. Autor robi w dalszym ciągu uważnem, że stłumienie nad mostkiem, w połączeniu ze szmerami nad ujściem tętnicy głównej, nie oznacza zawsze obecności tętniaka, gdyż jak się przy sekcyach pokazuje, pojawia się to stłumienie przy samej niedomykalności zastawek aorty, bez obecności tętniaka. Stłumienie nad mostkiem, jak autor zauważył, nie oznacza także zawsze powiększenia komórki wrawej, lecz przytrafia się przy powiększeniu komórki lewej, gdyż wtenczas całe serce do mostka na większej przestrzeni się przybliża. Co do szmerów sercowych, to autor zwraca uwagę, aby odróżniać szmery funkcyonalne, świadczące o względnej tylko niedomykalności zastawek. Również słuszną jest uwaga autora, że szmer przedskórczowy, dość często dostrzegany nad zastawką dwudzielną, wyjątkowo tylko świadczy o zwężeniu ujścia żylnego, zwykle napotyka się tylko niedomykalność tej zastawki. Wiele jeszcze zajmujących szczegółów przedstawia autor z zakresu fizykalnego badania serca, jak n. p. krytyczne zestawienie teoryi powstawania szmerów sercowych.

Z badania płuc, o którem autor daje także ciekawe spostrzeżenia ze swej strony, zaznaczyć wypada opis dwóch pięknych przypadków, w których zapalenie opłucny przeponowej prawej dało powód do mylnego rozpoznania kamicy żółciowej.

Autor spostrzegłszy w swej dotychczasowej czynności klinicznej braki metod fizykalnych, a narażony na zawody dyagnostyczne, które właśnie w tej pięknej pracy ze zmysłem krytycznym przedstawia, przychodzi do pesymistycznego wniosku, że „wszelkie szczegółowsze rozpoznania . . . - muszą być mylne, i są zresztą dla celów praktycznych prawie zupełnie nie potrzebne“. Że autor miał przypadki niezgadzające się ze szablonem dyagnostycznym, ogólnie przyjętym, to wiedzą i potwierdzą najwytrawniejsi lekarze-dyagnostycy; lecz liczba takich pomyłek rozpoznawczych, w stosunku do sprawdzających się w codziennej praktyce, nie jest znaczna i nie uprawnia jeszcze do powyższego twierdzenia. Celem nauki, jako takiej, jest każde zjawisko patologiczne starać się wyjaśnić i tę dążność także i w lekarzu praktycznym należy wzbudzić. Oprócz bardzo rażących niespolszczonych wyrazów obcych, jak n. p. *Schenkelschall*, *ictus* i t. p., styl autora jest potoczysty. To też polecamy usilnie niniejszą zajmującą i nader pouczającą pracę wytrawnym praktykom i klinicystom, u których już nie zachodzi niebezpieczeństwo, że popadną w nihilizm dyagnostyczny.

W. Jaworski.

O leczeniu uwiądu rdzenia pacierzowego *(Tabes dorsalis)*. Według rozprawy prof. Erba (*Sammlung klinischer Vorträge*, *neue Folge*, herausgegeben v. Bergmann, Erb. u. Winchel N. 150).

(Dokończenie Patrz Nr. 30).

Co do „*indicatio morbi*“, to już po części wypełnia ją leczenie przeciwkiłowe; jednak w przypadkach, w których takowe nie poprawia stanu, jak również w tych przypadkach, w których kiłę wykluczyć można, trzeba szukać innych sposobów leczenia. Podano ich też bardzo wiele, i lekarstw i innych metod leczenia, jak wodoleczenie, elektryzowanie, mięsienie, gimnastyka, różne chirurgiczne i ortopedyczne zabiegi etc. Żadna jednak z tych metod nie jest pewną, raz jedna drugi raz inna poprawia stan chorobowy, tak że zmuszeni jesteśmy często wielu rzeczy próbować, nim się trafi na właściwą drogę.

Przed przystąpieniem do szczegółowego ocenienia pojedyńczych tych metod leczenia, podaje E. wskazówki, co do zachowania się i sposobu życia dla chorych na uwiąd rdzenia pacierzowego, których powinno się przestrzegać już nawet w początkach choroby. Wskazówki te dają się ująć w krótkich słowach: „Chory na uwiąd rdzenia ma żyć tak, jak starzec t. j. spokojnie, regularnie, zdala od wszystkich wysiłków i wybryków“. Z tem zastrzeżeniem można choremu dozwolić nieco ruchu, a nawet gimnastyki, — poczynające jednak znużenie ma być dla niego wskazówką do wypoczynku. Szczególnie odnosi się to do przypadków postępujących; tam wskazany jest jak największy spokój fizyczny; w niepostępujących — racyonalnie zalecona gimnastyka może znaleść ważne zastósowanie. Mierność w jedzeniu i piciu i stosunkach płciowych, są konieczne, jak również unikanie wzruszeń umysłowych. Pobyt na świeżem powietrzu, w zimie w południowych stacyach klimatycznych, w ogóle poleca E. gorąco wszystko, co się przyczynia do podniesienia odżywienia i sił. Z leków poleca E. na pierwszem miejscu azotan srebrowy, który to środek należy przez dłuższy czas z pauzami podawać tak, by chory w przeciągu 2—4 lat 8—12 grm. zażył. Z innych zasługuje na uwagę jodek potasowy w przypadku silnych bolów, prócz tego strychnina i ergotyna. Co do Brown-Sequardyny i sperminy radzi E. dalsze próby. Leczenie kąpielowe również może być zastósowane, i tu na pierwszem miejscu stawia E. cieplice solankowe, zawierające CO^2; czasem dobrze działają kąpiele żelaziste, także zawierające CO^2. Cieplice obojętne i siarczane często szkodzą. Zastósować je można u bardzo wrażliwych chorych, z przeczulicami, bólami, ale ostrożnie, 3—4 kąpieli na tydzień. Kąpiel najwyżej o 32° C., a siedzieć w niej powinien chory najwyżej 10 minut. Wszelkie gorące, parowe i powietrzne, kąpiele powinny być wykluczone.

Hydroterapia dobre bardzo oddaje usługi, ale musi być bardzo łagodnie zastósowana; wszelkie procedury, połączone z silnym wstrząśnieniem (jak się to dzieje w Wörishofen), są przeciwskazane. Kąpiele morskie rzadko korzystny wpływ wywierają. Stósowanie prądu galwanicznego często dobre oddaje usługi, ale musi być metodycznie i umiejętnie stósowane. Prąd indukcyjny najlepiej stósować jako pendzel elektryczny na skórę grzbietu i kończyn, w wypadkach braku czucia lub bólów. Środki odwodzące na kręgosłup nie wiele zdziałać mogą, przecież czasem sprawiają ulgę w bólach.

Mięsienie może mieć również zastósowanie, jako środek tonizujący u ludzi źle odżywionych, ze słabą, wiotką muskulaturą; gimnastyka metodyczna właściwą jest głównie w okresie mięśniowego bezładu. E. nie jest zwolennikiem t. z. wyciągania nerwów; może ono mieć jedynie znaczenie w silnych rwach nerwów kulszowych. Zawieszanie często dobre daje wyniki leczenia w bólach, uczuciu opasania, bezładu mięśniowego, niedołęztwa męzkiego, porażenia pęcherza; nie powinno się jego jednak stósować u ludzi starych, ze zmianami w sercu, naczyniach serca i mózgu. Mogą one w tych przypadkach bardzo zaszkodzić, opisano nawet przypadki śmierci spowodowane suspensyą. Do tej samej kategoryi leczenia zaliczyć należy przez Jurgensena polecony, a przez Hessinga wykonany, gorset wyciągający, który chorzy stale nosić mogą często z dobrymi skutkami; cena takiego gorsetu jednak bardzo wysoka, a nie zawsze pewny skutek.

Z wyliczenia tak wielu sposobów leczenia już wynika, że żaden z nich nie jest pewny. Wielę z nich jednak wielką choremu ulgę sprawić może, dla tego stósować je trzeba cierpliwie, kolejno, indywidualizując o ile się to da, i nie zmieniając ułożonego planu leczenia.

Zakończa E. rozprawkę niniejszą podaniem licznych szczegółów, odnoszących się jeszcze do leczenia przypado-

wego. Wyczerpujące w tym kierunku wskazówki nie dają się ująć w formę sprawozdania. Dlatego też nie wymieniam ich szczegółowo, tem bardziej, że po większej części są one znane. Odnoszą się one przedewszystkiem do łagodzenia bólów i gimnastyki stosowanej przeciw bezładowi mięśniowemu. Niestety! co do bólów, często kończy się na morfinie wobec zawodzących skutków antipiryny, phenacetyny i t. p. środków. W bezładzie mięśniowym gimnastyka może nieco poprawić stan chorego, ale najczęściej zawodzi. Ze stanowiska humanitarnego poleca E. nie zapominać i o psychoterapii; od taktu i troskliwości lekarza zależy tu wiele, by podtrzymać ducha chorego i, choć nadziejami poprawy osłodzić to ciężkie cierpienie. *Roż.*

V. Wyciągi.

R u g e: **Gruźlica migdałków ze stanowiska klinicznego** (*Virchow's Archiv.* Tom 144. zeszyt 3. str. 431). Badania histologiczne 18 wyciętych za życia migdałków, dokonane przez autora, nie przynoszą nic istotnie nowego, a okoliczność, że autor w nich 6 razy znalazł zmiany gruźlicze, przeważnie wtórne, potwierdza jedynie dawniejsze wyniki poszukiwań Strassmana, Dmochowskiego, Schlenkera i t p. Natomiast istotnie ciekawym jest opis spostrzeżenia, w którem jako sprawę wtórną, wychodzącą z pierwotnych zmian w migdałku, widział autor gruźlicę kręgów szyjnych. Spostrzeżenie to dotyczyło dziewczyny 19 letniej, dziedzicznie nie obarczonej, od lat 4 cierpiącej na powiększenie migdałków, (nie okazujących pozornie nic dla gruźlicy charakterystycznego), której narządy wewnętrzne nie przedstawiały żadnych zmian chorobowych, a gruczoły chłonne na szyi wcale powiększone nie były. U chorej tej rozwinęła się na krótki czas przed przyjęciem do kliniki sprawa, mająca wszystkie cechy kliniczne *„malum Potti suboccipitale“* (w II. kręgu szyjnym), którą za pomocą ekstenzyi wyleczono. Badanie mikroskopowe wyciętego migdałka prawego wykazało obecność typowych gruzełków, zawierających dość nieliczne prątki Kocha. Autor przypuszcza, że gruźlica migdałka rozwinęła się przez zaszczepienie prątków gruźliczych, zawartych prawdopodobnie w połykanych pokarmach, dużo wcześniej, niż sprawa gruźlicza w kręgach; przypuszczenie to opiera na wywiadach z jednej strony, z drugiej zaś na obrazie histologicznym, przemawiającym za nader powolnym postępem sprawy gruźliczej w migdałku. Oprócz tej okoliczności, uważa autor wystąpienie gruźlicy kręgów na wysokości, odpowiadającej zajętemu migdałkowi i brak zmian gruźliczych w reszcie ustroju za dowód, że właśnie migdałek był pierwotnym punktem wyjścia sprawy gruźliczej w kręgosłupie. *Ciech.*

S t r e h l H. **Przyczynek do badań własności odkażających formaliny.** (*Centralblatt für Bacteriol.* T. 19. 1896. Nr 20). Z doświadczeń S. wynika, że para formaliny nie jest w stanie zniszczyć żywotności zarodników wąglika i gronkowców, jeżeli te zostały wysuszone, nawet po 24 godzinnem działaniu w niewielkiej zamkniętej przestrzeni ($^1/_4$ m^3), natomiast zabijają one te drobnoustroje stosunkowo prędko (10 cm^3 roztworu 5$^0/_0$ wystarcza w ciągu 24 godz. i w tejże przestrzeni), jeżeli użyto hodowli wilgotnych. Wyniki badań S. stoją częściowo w sprzeczności z doświadczeniami dawniejszymi, zwłaszcza Lehmanna, Stahla i innych, (i nowszymi Roux i Trillata (ob. *Przegląd lek.* Nr. 25) i Bosca. Należy jednak zauważyć, że S. używał wyłącznie pary formaliny swobodnie w zwykłej ciepłocie z roztworów się wywiązującej). (Przyp. sprawozd.). *Ciech.*

B o s c. **Próby odwietrzania za pomocą pary formalinowej.** (*Annales de l'Institut Pasteur.* 1896. Nr. 5. Mai). Prób dokonano sposobem Trillata (ob. *Przegląd lek.* Nr. 25), w sali szpitalnej, mieszczącej z dwoma przyległościami 737 m. kub. Działanie pary suchej, wywięzującej się przez 2$^1/_2$ godziu z przyrządu Trillata, trwało dobę. Zużyto przytem 4 litry formaliny 40$^0/_0$. (Litr kosztuje około 2.50 do 3 fl. Przyp. sprawozd.). Kawałki płótna, napojone hodowlami gronkowca złocistego, *„bacterium coli“*, prątkiem błoniczym, zarodnikami wąglika, i innymi, badano po upływie 5 godzin od początku doświadczenia; te próbki były przed badaniem wysuszone. Inne próbki suche, pół suche i wilgotne różnych hodowli, pył z podłogi sal sekcyjnych, plwociny gruźlicze suche i wilgotne, badano po upływie doby. Niektóre z tych próbek umieszczono w środku materaców, w kieszeniach odzieży i t. p. Okazało się, że: 1) hodowle wysuszone zabite zostały po 5 godzinach, podobnież hodowle na pół suche, bez względu na to, gdzie były umieszczone, jeżeli tylko para formaliny działała na nie bezpośrednio. 2) Z tynku odwietrzanej sali wyhodowały się tylko niechorobotwórcze *„bacillus subtilis“* i *„mesentericus vulgaris“*. 3) Próbki pośrednio tylko dla pary formalinu dostępne, zachowywały się rozmaicie: *„bacterium coli“* np. umieszczone w kieszeni odzieży zachowało swą żywotność, gronkowiec ją stracił i t. p. 4) Hodowle wilgotne przy bezpośredniem działaniu pary formalinowej ginęły; przy pośredniem poczęści ocalały. 5) Prątki gruźlicze zostały we wszystkich próbach, suchych i wilgotnych, zabite. 6) Para formalinowa nie zmienia w niczem odwietrzanych przedmiotów 7) Przedmioty odwietrzane należy ile możności dla działania pary formalinowej uprzystępnić (odzież porozkładać, kieszenie odwrócić, koców nie zwijać itp.). *Ciech.*

Fr. K o e n i g: **O zgorzeli na tle cukrzycy moczowej.** (*Berliner klin. Wochschr.* Nr. 25., 22. Czerwca 1896.). Francuzi pierwsi zwrócili uwagę na zgorzel u cukrzycowych, w Niemczech poruszył tę sprawę Roser i zwrócił uwagę ogółu na tę okoliczność, że zgorzel występująca u pozornie zdrowych i silnych ludzi, jest pierwszym objawem cukrzycy, dlatego też doradza, żeby w takich przypadkach badano mocz, czy nie zawiera cukru. Dlaczego cukrzycowi względnie łatwo ulegają zapaleniom, dotychczas nie wyjaśniono. Zdanie Rosera, jakoby te sprawy nie zależały od drobnoustrojów, okazało się mylnem. Ze zapalenia u cukrzycowych tak często się wikłają z zgorzelą tkanek, ma to najprawdopodobniej swój powód w znacznych zmianach naczyniowych: w niektórych przypadkach zgorzeli znaleziono zakrzep wielkich naczyń, a we wszystkich zwyrodnienie małych naczyń krwionośnych. Przyczyną więc zgorzeli u cukrzycowych jest miażdżyca tętnic. Po wystąpieniu zgorzeli cukier w moczu wydziela się w większej ilości, gorączka i zapad zwiększają się. Jeżeli zgorzel wilgotna, to niebezpieczeństwo dla chorego jest większe. Już Roser radził, ażeby przy leczeniu tej zgorzeli zarządzić stosowną do cukrzycy dyetę, czyli by leczyć cukrzycę. K. dodaje, że należy zgorzelinę u cukrzycowych aseptycznie zniszczyć. Suchą zgorzel — sucho utrzymywać, mokrą — osuszać. Pęcherze nacinać, martwinę skórną usunąć, zwłaszcza, jeżeli pod nią mokra zgorzel rozwija się. Opatrunków mokrych należy zaniechać, nawet odrażających. Opatrzyć tylko na sucho jodoformem i watą, tak żeby powietrze przystęp miało. Zapaloną tkankę łączną podskórną szeroko rozcinać, a martwinę usunąć. Jeżeli kończyna ulega zgorzeli, to trzeba ją aseptycznie odjąć; prawie zawsze po usunięciu części zgorzelinowej stan chorego się poprawia, nieraz i cukier z moczu całkiem znika. *Dr. Hirsch.*

J. H i r s c h b e r g: **O operacyach przy pomocy elektromagnesu.** (*Berliner klin. Wochschr.* Nr. 25, 22. Czerwca 1896). H. wskazuje na liczne przypadki własne i obce, ogłoszone w literaturze, w których tylko dzięki zastósowaniu elektromagnesu, zdołano wydobyć odłamki żelaza z głębi oka, i przez co nieraz ocalono niejedno oko. Liczba wyleczonych (na klin. zurychskiej 1883—1886) od czasu wprowadzenia magnesu do okulistyki, wzrosła od 0 do 32$^0/_0$ a w miarę wydoskonalenia się techniki coraz się wzmaga. Duże elektromagnesy wedle H. wcale nie są lepsze, od pierwotnego, przez H. podanego, który nadto jest dla każdego

lekarza przystępny i wygodny. Jeżeli rana już zagojona, to trzeba w głębokiem uśpieniu wprowadzić aseptyczny elektromagnes przez nowo wytworzoną rankę; jeżeli zaś odłamki żelaza są widzialne i przystępne, to i dziś najwygodniej szczypczykami je wydobyć. *Dr. Hirsch.*

Prof. Dr. Renvers: **Przyczynek do patologii żółtaczki.** (*Deutsche med. Wochenschrift* Nr. 23). Wychodząc z założenia, że wszelka żółtaczka jest pochodzenia wątrobowego, zwraca R. szczegółową uwagę internistów na chroniczne jej postacie, gdyż od rozpoznania przyczyny zależy jej leczenie. Zabiegi chirurgiczne często są w stanie uratować chorego, chirurg jednak ma prawo żądać, by mu wskazano przyczynę i umiejscowienie cierpienia. Co do ostrych form żółtaczki, nie zawsze są one następstwem nieżytu dwunastnicy; czasem pojawia się żółtaczka wśród zupełnego zdrowia, bez żadnych zresztą znanych przypadów, jak przepełnienie woreczka żółciowego i powiększenie wątroby i t. d., chorzy odnoszą ją do psychicznego wzruszenia, a przyczyną jej w tych przypadkach bardzo prawdopodobnie są zaburzenia nerwowe w wydzielaniu żółci. Tej formie towarzyszyć też może kolka wątrobowa, spowodowana kurczem mięśni gładkich przewodów żółciowych.

Bez gorączki również przebiegać może żółtaczka, którą na podstawie towarzyszących objawów, odnieść musimy do intoksykacyi ustroju pewnemi truciznami czyto w ustroju powstałemi, czy też wprowadzonemi z pokarmami. I w tej formie nie ma zatkania przewodów żółciowych śluzem, wątroba i woreczek żółciowy nie powiększają się, tylko czynność komórek wątrobowych zmieniona, wskutek zatrucia. Żółtaczka nieżytowa może przebiegać z gorączką, sprawa kataralna jelitowa, może szerzyć się na błonę śluzową przewodu i wywołuje zatrzymanie żółci. Tu również należy t. zw. *morbus Weili.* Jestto sprawa zakaźna, która z jelit szerzy się na błonę śluzową przewodu żółciowego, towarzyszy jej obrzęk śledziony, zadraźnienie zapalne nerek, co przecież przemawia za charakterem zakaźnym cierpienia. Co do chronicznych postaci, pomijając inne sprawy chorobowe, zajmuje się tu R. kamicą wątrobową i guzami zamykającymi przewód żółciowy, jako ważnymi ze względu na zabieg chirurgiczny. W przewlekłych formach żółtaczki rzadko bardzo kamień zatyka zupełnie przewód, częściej leży on luźnie w rozszerzonym przewodzie, część żółci przedostaje się koło niego, ale cały przewód żółciowy ulega nieżytowi, który często jest nawet powodem tworzenia się tych kamieni. Śluz z zagęszczoną żółcią i bakteryami wypełnia przewody. Czasem powodem żółtaczki jest sprawa zapalna, szerząca się z woreczka na przewody, temu stanowi towarzyszy gorączka, czasem z torem przerywanym, gdy sprawa jest ropna i spowoduje ropnie w wątrobie. Wogóle związek między kamicą a żółtaczką często bywa trudny do ocenienia. Co do rozpoznania samej kamicy, to najczęściej polegamy na wywiadach wykazujących napady kolki wątrobowej i żółtaczkę. R. przytacza jednak przypadek obserwowany przez siebie, w którym z powodu powtarzających się 17 lat powyższych przypadów, przystąpiono do operacyi, i prócz ruchomej nerki prawej, nic nie znaleziono. Żółtaczkę oraz kolkę odnosi w tym przypadku R. do sprawy nerwowej, wywołanej ruchomą nerką. Często przywiązują wagę rozpoznawczą do dreszczu towarzyszącego napadowi kolki, i to nie pewny objaw. R. przytacza przypadek przewlekłej żółtaczki z napadami kolki i dreszczów, spowodowanej przez *ulcus pylori*, który przez zrosty zwężał przewód wątrobowy, a jak się zdaje, przez ruchy robaczkowe często powodował i zupełne zamknięcie, wskutek zagięcia przewodu. Bardzo ważnym objawem kamicy jest powiększenie woreczka żółciowego, które w razie zupełnego zatkania przewodu pęcherzykowego do obrzęku wodnego, a przy towarzyszącem zakażeniu, do otoku ropnego doprowadzić może. Oprócz innych objawów, po których powiększenie woreczka rozpoznać można, radzi R. nakłócie próbne guza, tylko cienką igiełką i sporo przytem wypuścić należy treści, by się później sama nie wylewała. Gdy mała ilość treści dostanie się po nakłóciu do worka otrzewnowego, wywołuje bóle, ale nigdy cięższych objawów otrzewnowych. Oprócz powiększenia woreczka ważnym objawem jest obrzęk wątroby.

Trudniejsze jest rozpoznanie, gdy pomimo objawów kamicy, nie można wykazać powiększenia woreczka, co się wydarza i wtedy, gdy po dłuższym czasie przewód woreczka się rozszerzy, a woreczek ulegnie zwyrodnieniu włóknistemu i skurczy się w zbitą twardą masę. Gdy żółtaczka jest spowodowana przez złośliwy nowotwór, wychodzący z trzustki, rozpoznanie jest łatwe, gdy sprawa jest już daleko posuniętą. W pierwszych okresach, gdy guza wyczuć nie można, łatwe są błędy rozpoznawcze. R. kieruje się następującymi objawami: żółtaczka znaczna, żółci do jelit nic nie przechodzi, wątroba i woreczek powiększone; ten ostatni nie bolesny, i nigdy nie dochodzi do tej wielkości, co w obrzęku wodnym lub otoku ropnym. W wypadkach przebiegających bez gorączki, żółć wyaspirowana strzykawką jest jałowa. Gdy się nowotwór rozpada, objawy się zmniejszają.

Z powodu równoczesnego ucisku na dwunastnicę, powstaje często rozstrzeń żołądka, choć objaw ten może towarzyszyć i kamieniom wątrobowym, jako następstwo zrostów i przebić do jelita. Jeżeli na podstawie powyżej przytoczonych objawów rozpoznanie kamienia, jako powodu przewlocznej żółtaczki jest możebne, radzi R., nie zwlekając, przystąpić do zabiegu operacyjnego, gdyż niebezpieczeństwa choroby równają się tu niebezpieczeństwu operacyi. *Roż.*

Dr. I. Bukowsky: **Leczenie rzeżączki metodą Janeta.** (*Wiener medic. Wochenschrift* Nr. 26. 1896). Przytoczywszy z początku różne metody leczenia poronnego rzeżączki cewki moczowej, opisuje B. dokłanie sposób wykonywania metody Janeta, której używał u 21 chorych w Pradze w klinice prof. Janowskyego. W dwóch przypadkach była rzeżączka przewlekła, w 19-tu ostra. Największa ilość przepłukiwań wynosiła 29 w 18 dniach, najmniejsza 10. Chorzy znosili je dobrze, w jednym tylko przypadku powstało zapalenie tkanki okołocewkowej. Wyniki jednak leczenia nie były wcale tak świetne, jak je Janet podaje. Przedewszystkiem B. nie godzi się z twórcą metody co do szybkiego znikania gonokoków, a wykazuje tylko szybkie ich zmniejszanie się, chociaż w żadnym przypadku, mimo częstych a dokładnych badań, nie mógł wykazać zupełnego zniknięcia gonokoków z wydzieliny. Wreszcie silnego, a tak ważnego odczynu surowiczego, po użyciu nadmanganezianu potasowego, także autor w żadnym przypadku nie widział, a tylko powolne zmniejszanie się wydzieliny ropnej. Dlatego też wypowiada w końcu zdanie, że metoda Janeta nie odpowiada metodzie poronnej. (Możnaby zrobić zarzut autorowi, że nie podaje w jakim okresie rozwoju były jego przypadki, co przy metodzie tej ma tak ważne znaczenie).

Dr. F. K.

M. Schoenfeld: **Wrzody miękkie w cewce moczowej.** Wrzody te nie bywają zbyt często, a rozpoznanie ich, ze względu na podobieństwo objawów chorobowych z rzeżączką cewki moczowej, czasem jest trudne. Objawami bowiem cechującymi wrzody miękkie w cewce są: obrzęk gruczołów chłonnych pachwinowych i naczynia chłonnego na grzbiecie prącia, wypływ z cewki ropny, lekko krwawo zabarwiony, a podmiotowo chory czuje ból przy oddawaniu moczu i zwodzie prącia; więc tylko badaniem drobnowidowem odróżnić można te dwie sprawy chorobowe. Z całą zaś stanowczością stwierdzić można rozpoznanie wrzodów cewki moczowej wziernikiem cewkowym (endoskopem) i to z łatwością, gdyż siedzibą ich bywa zwykle dołek czółenkowaty, a rzadko dalsza część cewki moczowej; wejrzenie tych wrzodów nie różni się niczem od wrzodów gdzieindziej położonych, chyba tem, że bywają więcej podłużne. W końcu przytacza autor trzy przypadki wrzodów tego rodzaju z oddziału doc. Dra J. Grünfelda w Wiedniu, tem się odznaczające, że w jednym przypadku wrzód leżał 4 cm. od zewnętrznego ujścia, w drugim 7 cm., w trzecim wreszcie istniało 7 wrzodów od ujścia

zewnętrznego cewki moczowej przez całą jej część przodkową aż do opuszki. Do leczenia używano 5% rozczynów siarkanu miedziowego, azotanu srebrowego lub kwasu karbolowego. *F. Krzyształowicz.*

Przyczynek do higieny odzieży. Wykład prof. Buchnera w Tow. lek. w Monachium, 13 Maja 1896. (*München. med. Wochenschrift* Nr. 26 1896). Kwestyą ubrania zajmował się już obszernie Pettenkofer, największe jednak na tem polu zasługi ma Rubner i jego uczniowie, jak Rumpel i Cramer. W wykładzie tym zebrane są krótko wyniki prac wspomnianych autorów. Dawniej powszechnie uważano ubranie, pod względem jego rodzaju, za sprawę przyzwyczajenia twierdząc, że ubranego chroni od utraty ciepła odzież, nieubranego zaś skurcz naczyń skóry. Rubner i Rumpel wykazują mylność tego twierdzenia. Uzasadnienie swoje zaczynają analogią ze zwierzętami, których pokrycie stosuje się do pory roku i do miejscowych warunków klimatycznych (obrastanie wielbłądów w zimnej strefie, utrata wełny merynosów w strefie gorącej). Rumpel robił ścisłe doświadczenia, oznaczając w kalorymetrach ilość utraconego ciepła u zwierząt porosłych i ogolonych, tudzież zastosował te badania do pojedynczych części ciała ludzkiego. Doszedł on do wyniku, że w ciepłocie od 7°—21° C. utrata ciepła ramienia okrytego jest 25%—33% mniejsza, niż nieokrytego.

Ustrój tracąc ciepło, powołuje do żywszej pracy narządy regulujące ciepło, a więc ilościowa potrzeba pokarmów zwiększa się, gdy ciało nie ma należytego okrycia. Ciepłe ubranie ma tedy znaczenie ekonomiczne tam, gdzie pokarmów w dostatecznej ilości organizmowi dostarczyć nie można.

Chodzi teraz o określenie warunków dobroci ubrania: Materyały rzadkie i łatwo przepuszczające powietrze zasługują na pierwszeństwo, powietrze bowiem, otaczające ciało, jest złym przewodnikiem ciepła. O zawartości powietrza przekonać się można, porównując ciężać 1 cm.² z dwóch materyj.

Różnica ta wynosi podług Rubnera od 9·09 gr. (materye lekkie wełniane) do 0.64 gr. (grube płótno). Utrzymywanie ciepła zależy też dużo od t. zw. właściwej zdolności przewodzenia. Tu mają pierwszeństwo włosy zwierzęce, które przewodzą źle (9 razy lepiej niż powietrze), w pośrodku stoi jedwab (17 razy l. n. p.). Ważną jest dla przewodnictwa ciepła rzeczą, na jakiej przestrzeni styka się odzież z ciałem? Im mniej jest tych punktów zetknięcia, tem więcej powietrza między odzieżą a ciałem i utrata ciepła mniejsza. Rubner badał pod tym względem mikroskopowo różne materye i doszedł do przekonania, że te mają większe luki między pojedyńczemi włóknami, których włókna posiadają większą elastyczność, a więc znowu twory keratynowe (włosy, pierze). Ta płaszczyzna zetknięcia znacznie się zwiększa, jeśli okrycie zostanie zwilżone n. p. potem. Tutaj mamy doświadczenie, że twory zwierzęce nie łatwo ulegają przemoczeniu. Rubner mianowicie porównywał utratę ciepła ramienia okrytego zamoczoną materyą bawełnianą, z utratą ciepła ramienia, okrytego zamoczoną materyą wełnianą i znalazł, że podczas gdy w pierwszym przypadku przemoczenie podniosło o 74% utratę ciepła, to w drugim tylko o 34%. Cramer badając składniki potu pozostałe na odzieży znalazł, że materye wełniane zawierały ich o 30% mniej niż bawełniane, co na tem polega, że bawełna wciąga w siebie pot, podczas gdy wełna przepuszcza go na drugą stronę i tam mu pozwala parować. Powodem tej nieprzepuszczalności wełny nie jest, jak dawniej sądzono, tłustość jej powierzchni, ale wielka zawartość powietrza w wolnych przestworach tkaniny i na powierzchni włókien. Gdy bowiem usunie się powietrze z materyi wełnianej n. p. za pomocą pompy pneumatycznej, po poprzedniem zamaczaniu w eterze, to takowa łatwo tonie we wodzie. Z tego samego powodu t. j. tej nieprzemakalności, nie brucze się tak łatwo wełna jak bawełna i sprawy rozkładowe, a z nimi znane cuchnienie bardzo brudnej bielizny w ciepłej porze, o wiele później następują.

Oprócz tego, mając na względzie osobiste uczucie przyjemne, gdy przy znużeniu nie oblepia się przepocona odzież, dać należy pierwszeństwo bieliźnie wełnianej. Z tego wszystkiego wynika, że za najlepszy materyał na bezpośrednie pokrycie ciała, uważać należy ten, który jest łatwo dostępny dla powietrza, a trudno dla wody. W ostatnich czasach wyrabiać zaczęto (Bautz w Monachium) bieliznę nieprzemakalną z wełny napajanej (impregnowanej). Czy będzie ona praktyczną, przyszłość okaże. *Dr. Walkowski.*

VI. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie zwyczajne z dnia 6. Maja 1896 roku.

Przewodniczący kol. Surzycki. — Członków obecnych 37.

1) Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

2) Przewodniczący odczytuje i w krótkiem przemówieniu popiera nadesłaną do komitetu Tow. lek. krak. odezwę krakowskiego Towarzystwa oświaty ludowej, zapraszającą do popierania celów Towarzystwa i proszącą o jednanie członków w kołach lekarskich.

3) Przewodniczący zawiadamiając, że komitet Tow. uchwalił jednogłośnie przedstawić kol. Kwaśnickiego, jako kandydata na zastępcę redaktora *Przeglądu lekarskiego*, zarządza w myśl §. 65. statutu zapowiedziane przed dwoma tygodniami wybory i zaprasza na skrutatorów koll. Kryńskiego i Zolla.

Na 36 głosujących otrzymuje kol. Kwaśnicki głosów 35. Wynik wyboru przyjęto oklaskami.

Kol. Kwaśnicki, dziękując w dłuższem przemówieniu, przyjętem oklaskami, za wybór, kreśli w rysach ogólnych plan swego działania na stanowisku redaktora.

4) Kol. Bossowski, uproszony przez komitet, przedstawia i objaśnia ważniejsze dane ze sprawozdania funduszów wdów i sierot po lekarzach Tow. lek. gal. W końcu przedstawia mówca następujące wnioski, z propozocyą, aby je w formie zapytania przesłało Tow. lek. krak. do Rady zawiadowczej Tow. lek. galic.

1° W jaki sposób unormowała Rada zawiadowcza rozdział dochodów dawnego wspólnego funduszu wsparć i zapomóg pomiędzy dzisiejsze dwa fundusze, t. j. fundusz zapomogowy i fundusz pensyjny?

2° Jak zamierza Rada zawiadowcza zabezpieczyć na przyszłość jeden i drugi fundusz, aby zapewnić dla nich stałe, a nie przypadkowe tylko źródła dochodów?

Na zapytanie kol. Jakubowskiego wyjaśnia kol. Bossowski, że ani w sprawozdaniach funduszu wdów i sierót Tow. lek. gal. za lata 1894 i 1893, ani w sprawozdaniu za rok 1895, które jest tylko bilansem kasowym, nie ma spisu imiennego (wykazu pensyi) wspomaganych wdów i sierot; co więcej, ze sprawozdań tych nie można się dowiedzieć, ilu osobom udzielono zapomóg i jaka była ich wysokość, ani ile wsparć przypadło wdowom po członkach Towarz. lek. krak., a ile wdowom po członkach Tow. lek. galic. — Zdaniem mówcy, należałoby także i o wyjaśnienia tych szczegółów do Rady zawiadowczej Tow. lek. galic. się zwrócić.

Uchwalono w końcu jednogłośnie przekazać wnioski kol. Bossowskiego komitetowi Tow. do zbadania i załatwienia, z poleceniem zdania sprawy z przedsięwziętych kroków.

5) Kol. Raczyński przedstawia 10-letniego chłopca, przyjętego do szpitala św. Ludwika, u którego w okolicy chrząstki nasadowej przeważnie na kościach długich, ale także i na żebrach, istnieją liczne twarde, z kości wychodzące wyniosłości (exostozy). Przyczyna tej dość rzadkiej chorobowej sprawy nie jest do dziś dnia wyjaśniona. Niektórzy autorowie dopatrują się jej w kile, większość jednakże sądzi, że w powstawaniu zmian podobnych główną rolę odgrywają wpływy dziedziczne. Reinicke zebrał z literatury 36 przypadków tej choroby, w których wpływy dziedziczne były niewątpliwe; w niektórych przypadkach spostrzegano powtarzanie się zmian w mowie będących w kilku pokoleniach. Rzeczą jest stwierdzoną, że takie wielokrotne wyrośla kostne pojawiają się prawie wyłącznie w okresie wzrostu, u dzieci; w pewnych przypadkach rosną one bardzo znacznie i szybko, w innych dochodzą do pewnej wielkości, aby na niej pozostać; spostrzegano jednak także cofanie się tej sprawy chorobowej tak, że w kilka lat ani śladu

pomienionych wybujałości znaleść nie można. W przedstawionym przypadku nie zachodzi potrzeba żadnego zabiegu operacyjnego. Badanie krwi, przedsięwzięte u przedstawionego chorego, ze względu na możliwość zmian w szpiku kostnym, wydało ciekawe wyniki; ilość ciałek białych eozynochłonnych znacznie zwiększona, dochodzi 10%; wielojądrzastych, zawierających ziarnistość γ do 3%; obok tego znajdują się duże jednojądrzaste ciałka; nie ma natomiast wcale myelocytów. Jestto prawdopodobnie pierwsze badanie krwi, jakiego w podobnym przypadku dokonano; z takich odosobnionych wyników nie można jednak żadnych wyprowadzać wniosków.

Kol. Bossowski spostrzegał podobny przypadek, w którym jednak wybujałości, usadowione w okolicy chrząstek nasadowych, przedstawiały zbitość, odpowiadającą chrzęstniakom.

Kol. Ciechanowski zwraca uwagę na rozmaitej grubości powłokę chrzęstną, jaka na wyroślach kostnych w wielu przypadkach się utrzymuje i sądzi, że wielokrotne czyste chrzęstniaki, usadowione tak, jak wyrośle kostne w przedstawionym przypadku, należą do wielkich rzadkości.

Kol. Sroczyński miał sposobność spostrzegać przypadek wyrośli kostnych w okolicy obu oczodołów u dziecka.

Kol. Simon zauważa, że u zwierząt domowych wyrośla kostne są wcale częstem zjawiskiem i że nierzadko usadawiają się u nich w okolicy oczodołów, wychodząc z kości klinowej. Występowanie tych wyrośli jest u zwierząt prawie stale dziedziczne tak, że ogierów, wadą tą dotniętych, nie używa się do stanowienia.

6) Kol. Bujwid ma zapowiedziany wykład pod tyt.: „O mleku w Krakowie i o sposobach zapobiegania fałszowaniu i zanieczyszczaniu mleczywa". (Rzecz przeznaczona do druku) i przedstawia przyrząd Gerbera.

Kol. Obaliński zwracając uwagę, że droga, jaką promienica dostaje się do ustroju ludzkiego, nie jest jeszcze dokładnie znaną, zapytuje prelegenta, czy nie możnaby za pomocą odpowiednich prób doświadczalnych wyjaśnić, o ile mleko, w skutek wadliwego postępowania przy dojeniu, może pośredniczyć w przenoszeniu zakażenia promieniczego z bydła na ludzi.

Kol. Zarewicz prosi o wyjaśnienie, o ile mleko w skutek dłuższego przewozu, traci na wartości, a mianowicie, czy i w jaki sposób zmniejsza się w niem w takich razach zawartość tłuszczu.

Kol. Gwiazdomorski przypomina, że w mleku niezbieranem w czasie przewozu, tłuszcz zbija się w grudki masła, przez co istotnie pozostająca część mleka przy badaniu metodami ścisłemi okazywać może utratę wartości.

Kol. Zarewicz prosi prelegenta o przeprowadzenie prób porównawczych, któreby stratę tę pozwoliły dokładnie określić.

Na zapytanie kol. Kleckiego wyjaśnia prelegent, że ilość bakteryj w mleku oznaczał za pomocą płytek żelatynowych.

Kol. Klecki: Wobec tego, że zanieczyszczenie organizowane mleka stanowią głównie bakterye kałowe, ilość kolonij wyhodowanych na płytach żelatynowych nie daje, zdaniem K., pojęcia o rzeczywistej ilości bakteryi. Bakterye kałowe odznaczają się bowiem wielką wybrednością względem sztucznych pożywek; na żelatynie zaś wiele gatunków tych bakteryj w ogóle nie wyrasta, jak tego dowodzi znany fakt, że wówczas, gdy w okazach mikroskopowych z kału można wykazać wiele rozmaitych gatunków bakteryj, na płytach żelatynowych, zaszczepionych tym samym kałem, wyrasta ich bardzo niewiele, często tylko *bacterium coli commune*. Jeżeli się zaś zaszczepi kał na płyty różnego rodzaju, jako to na płyty z żelatyny, agaru, agaru ze surowicą, kartofli z bulionem glicerynowym, bulionu ze surowicą i trzyma te płyty na powietrzu, oraz w atmosferze wodoru, to na zaszczepionych płytach występują bardzo znaczne różnice, zarówno pod względem jakości wyhodowanych gatunków, jakoteż pod względem ilości kolonij. Stosując powyżej przytoczone metody, można wyhodować prawie wszystkie gatunki bakteryj kałowych, wykazanych w preparatach mikroskopowych. Jeśli nie można wykazać bakteryj chorobotwórczych, wyniki choćby najdokładniejszego oznaczenia ogólnej ilości bakteryj w mleku nie pozwalają na wyprowadzenie ztąd żadnych ważniejszych wniosków. Jeżeli się jednak ilość tę oznacza, to, zdaniem K., tylko przez zastósowanie rozmaitych takich pożywek, na których prawie wszystkie gatunki bakteryj kałowych wyrastają (jak n. p. pożywek, powyżej przytoczonych), można otrzymać wyniki odpowiadające w przybliżeniu stosunkom rzeczywistym. Co się tyczy zafałszowania mleka roztartym móżdżkiem, przytacza K. przypadek takiego zafałszowania, który sie zdarzył w Krakowie; w zafałszowanem mleku wykazano pod drobnowidem tkankę nerwową. (Streszczenie własne).

Kol. Bujwid wyjaśnia, że nie uważa dotąd używanych sposobów, mianowicie hodowania na zwykłej żelatynie za zupełnie wystarczające do określenia ilości wszystkich znajdujących się w mleku bakteryj. Faktem jest jednak, że im bardziej jest mleko zanieczyszczone domieszkami kału zwierzęcego i wody, lub im dłużej stoi przy wyższej ciepłocie, tem więcej wyhodować można bakteryj na żelatynie — a więc tem więcej jest ich tam w tych warunkach w istocie. Gdy chodzi o oznaczenie bakteryj chorobotwórczych lub innych specyficznych, wówczas trzeba się uciekać do innych metod oznaczania bakteryj, do hodowania na pożywkach bardziej odpowiednich dla takich bakteryj, lub do szczepień na zwierzętach wrażliwych na dane zarazki, tak n. p. do oznaczenia w mleku bakteryj gruźlicy trzeba zastósować szczepienie świnkom morskim. W odpowiedzi kol. Obalińskiemu zaznacza mówca, że promienica istotnie ma warunki przechodzenia do mleka; oznaczyć jednak obecności tego zarazka w mleku dotąd się nie udało. Oczywiście krowy promienicą dotknięte należy usuwać i mleka od nich nie brać. Pod tym względem jest jednak jeszcze bardzo wiele do zrobienia. W odpowiedzi kol. Zarewiczowi wyjaśnia B., że ilość tłuszczu w mleku nie może się zmniejszać pod wpływem przewożenia i kłócenia. Może on się zbijać w grudki masła i wówczas oczywiście ilośc jego w mleku będzie mniejszą. Dlatego to do przewożenia mleka używać trzeba naczyń wypełnionych mlekiem po samą pokrywę, ażeby kłócenie z powietrzem zachodzić nie mogło. (Streszczenie własne).

Ożywiona dyskusya, w której brali udział koll. Borzęcki, Klecki, Ponikło, Ściborowski, Simon, Wernicki, Zarewicz i prelegent odbyła się nad wnioskami kol. Bujwida, przyjętymi do wiadomości przez komisyę przemysłowo-lekarską i komitet Tow., a mającymi się w formie życzeń przedstawić Magistratowi miasta Krakowa. Po przedyskutowaniu różnych poprawek, uchwalono w końcu wnioski w brzmieniu następującem:

„Towarzystwo lekarskie krakowskie wyraża życzenie:

1° aby Świetny Magistrat raczył wprowadzić badanie mleka na targu przynajmniej za pomocą laktodensimetru Soxletha;

2° aby mogła być wykonywaną kontrola zapobiegająca wprowadzaniu mleka z miejscowości nawiedzonych chorobami zakaźnemi, w szczególności osutkowemi i durem brzusznym;

3° aby poczyniono zarządzenia, któreby umożebniały każdemu kupującemu łatwe odróżnienie mleka zbieranego od niezbieranego — (napisy?);

4° aby było zabronionem próbowanie mleka na targu przez osoby kupujące, zostawiając próbowanie personalowi kontrolującemu, i aby o tem publiczność w odpowiedni sposób pouczono;

5° aby od czasu do czasu mogło być wykonane badanie bakteryologiczne sprzedawanego mleczywa, zwłaszcza ze względu na gruźlicę":

7) Kol. przewodniczący podnosząc znane powszechnie liczne zasługi kol. Domańskiego około dobra Tow. lek. krak. w latach ubiegłych, zawiadamia, że komitet Tow. uchwalił wnieść zamianowanie kol. Domańskiego członkiem honorowym Tow. lek. krak., poczem zamyka posiedzenie zwyczajne.

Na następującem po krótkiej przerwie

posiedzeniu nadzwyczajnem

uchwalono wśród oklasków jednogłośnie kol. Domańskiego członkiem honorowym Tow. lek. krak zamianować.

Sekretarz: *Dr. Ciechanowski.*

VII. VIII. Zjazd chirurgów polskich w Krakowie

d. 13, 14 i 15 Lipca b. r.

Zwyczajem dorocznym Zjazd otwarty został w dniu 13. Lipca w sali wykładowej kliniki chirurgicznej przemówieniem prof. Rydygiera, stałego przewodniczącego Zjazdów chirurgów polskich. W krótkich a treściwych słowach zaznaczył prof. Rydygier stopniowy postęp w rozwoju Zjazdów chirurgicznych, które dziś, zdaje się, zdobyły już pewną podstawę w naszym świecie lekarskim, a doborem treści od-

czytów i liczbą uczestników sprawiają, że z otuchą patrzeć możemy w ich przyszłość i na coraz to samodzielniejszy rozwój chirurgii polskiej. Oprócz strony naukowej mają te Zjazdy i ten jeszcze wpływ dodatni, że zarówno wśród lekarzy, jak i ogółu społeczeństwa, przyczyniają się do wzbudzenia większego zaufania do siebie, większej wiary we własne siły, bez ciągłego oglądania się na obcych. Po oddaniu czci pamięci niedawno zmarłego Dra Jawdyńskiego, dokonano wyboru przewodniczących honorowych i ich zastępców, poczem przystąpiono do porządku dziennego obrad, które rozpoczął wykładem swym

I. Prof. Kostanecki: „O przetokach skrzelowych“.

Tak zwane przetoki szyjne wrodzone (*fistulae colli congenitae*) zawdzięczają swe powstawanie zaburzeniom w rozwoju łuków i szczelin skrzelowych. Przetoki te dzielą na zupełne i niezupełne, wewnętrzne i zewnętrzne. U niższych kręgowców, jak n. p. ryb, w miejscu odpowiadającem szyi, znajduje się szereg tworów, zwanych łukami skrzelowymi, pooddzielanych od siebie szczelinami skrzelowemi, stanowiącemi wejście z zewnątrz do jamy entodermalnej. U wyższych kręgowców są to tylko twory przejściowe, istniejące tylko w okresie zarodkowym, przytem u człowieka mają one cechy odmienne. A mianowicie, szczeliny skrzelowe nie są zupełne, nie stanowią więc właściwych szczelin, lecz przedstawiają się w postaci dwóch zagłębień, zewnętrznego i wewnętrznego, oddzielonych od siebie cienką błonką, składającą się z blaszki ektodermy i entodermy. Takich szczelin istnieje 4, jedna ponad drugą, stąd też i przetoki szyjne, występujące na różnej wysokości, wyprowadzono stosownie do umiejscowienia, z jednej z nich. Mniemanie takie jest jednakże oparte na błędnem pojmowaniu dalszych okresów rozwoju. Mianowicie w skutek zmian w położeniu łuków oskrzelowych wytwarza się t. zw. *sinus cervicalis*, który przy pomocy *operculum*, wyrostka, wychodzącego z drugiego łuku i ku dołowi zrastającego się z boczną ścianą szyi, przemienia się w jamę zamkniętą, mieszczącą w sobie dalsze łuki skrzelowe 3 i 4. Jak dowiodły dokładne badania embryologiczne, z pierwszej szczeliny skrzelowej, a właściwie z wewnętrznego jej zagłębienia, powstaje trąbka Eustachiusza i jama bębenkowa; z jej zagłębienia zewnętrznego tworzy się przewód słuchowy zewnętrzny, z błony zaś, oddzielającej oba te zagłębienia — błona bębenkowa. W ten więc sposób *meatus auditorius externus* stanowi wrodzoną przetokę zewnętrzną niezupełną, zaś *tuba Eustachii* — niezupełną przetokę wewnętrzną; jeżeli zaś w błonie bębenkowej pozostanie otwór wrodzony, t. zw. *foramen Rivini*, to wówczas utworzy się przetoka zupełna, prowadząca od jamy noso-przełykowej nazewnątrz.

Ponieważ drugi łuk skrzelowy wraz z wyrostkiem (*operculum*) biorą udział w zamknięciu *sinus cervicalis* od zewnątrz, w którym w ten sposób mieszczą się pozostałe 2 łuki i 3 szczeliny skrzelowe, przeto aby z której z nich mogła powstać przetoka zupełna, musiałby *sinus* pozostać niezamknięty i jednocześnie nastąpić przebicie błony, dzielącej oba zagłębienia, wewnętrzne i zewnętrzne szczeliny. Jednakże, jak wykazały badania, udział zagłębień szczeliny 3 i 4, dzięki ich umiejscowieniu w *sinus cervicalis*, w sprawie wytwarzania przetok szyjnych zupełnych, jest nieprawdopodobny. Wobec więc tego, za źródło powstawania przetok szyjnych zupełnych uważać należy szczelinę skrzelową drugą. *Fistulae incompletae internae* pochodzenie swe zawdzięczają najzwyklej drugiemu wewnętrznemu zagłębieniu skrzelowemu, zaś *fistulae incompletae externae* powstawać mogą zarówno z niezamkniętego *sinus cervicalis*, co bywa najczęściej, jak i z kieszonki wewnętrznej w skutek tego, że kieszonka ta otwiera się do *sinus cervicalis*, podczas gdy jej ujście do jamy przełykowej zarasta. Przetoki niezupełne otwierają się po bokach szyi (*fistulae laterales*) lub w linii środkowej (*fistulae medianae*); geneza zarówno pierwszych jak drugich jest taka sama. Przetokom środkowym mylnie nadawano nazwę *fistulae tracheales*, gdyż nigdy nie prowadzą one do tchawicy; jedynie, podobnie jak i inne, prowadzić mogą do *pharynx*. Oprócz przetok skrzelowych kieszonki skrzelowe mogą dawać początek także torbielom i skórzakom. Dzieje się to w ten sposób, iż nabłonek, wyścielający *sinus cervicalis* i szczeliny, nie znika, lecz pozostaje i buja, dając początek guzom torbielowatym. Oprócz tego mają torbiele szyjne może i inne pochodzenie, a mianowicie z dodatkowych gruczołów tarczykowych, stanowiących pozostałość zarodkowego *ductus thyreo-glossus*. Niekiedy nawet takie cysty przebijają się na zewnątrz, dając początek przetokom wtórnym, które jednakże należy ściśle odróżniać od właściwych przetok skrzelowych, opisanych powyżej.

Drobnik operował kilka przypadków torbieli szyjnych; w jednym z nich wyjmując torbiel na szyi, zauważył odchodzący od niej sznurek z tkanki łącznej o zgrubieniach różańcowatych, który przebiegał wzdłuż wielkich naczyń szyi i wchodził pod mostek, przechodząc bezpośrednio w *gland. thymus*. Wycięta torbiel wysłana była nabłonkiem.

Kostanecki gienezę tego tworu odnosi do *sinus cervicalis*, w którym mieści się 3 łuk skrzelowy; nabłonek tego łuku daje początek *gland. thymus*, która w miarę rozwoju opuszcza się do śródpiersia i traci związek z *sinus cervicalis*; w przypadku zaś Dra Drobnika połączenie to pierwotne pozostało w postaci tego sznurka włóknistego, łączącego torbiel szyjną z *gl. thymus*.

Jakubowski tłómaczy, iż błąd odnoszenia do tchawicy przetok skrzelowych zupełnych (stąd *fistulae tracheales*) powstał z tego powodu, że do badania przebiegu tych przetok wstrzykiwano przez otwór zewnętrzny różne płyny barwne; płyn dostawszy się przez otwór w *pharynx* na nagłośnią wywoływał krztuszenie się i kaszel, stąd wywnioskowano, że dostał się on przez otwór wprost do krtani czy tchawicy.

II. Prof. Rydygier: „Kilka słów o surowicy Emmericha i Scholla.

Przedstawiwszy w krótkości genezę surowicy przeciwnowotworowej tych autorów, podaje R. wyniki stósowania jej w klinice chirurgicznej w trzech przypadkach mięsaków, nienadających się do operowania (dwa przypadki *sarcoma pelvis* i jeden *sarcoma recidivum maxillae et colli*). Ani w jednym z nich nie można było zauważyć żadnego dodatniego wpływu na nowotwór. Pierwsze dwa zakończyły się śmiercią, w trzecim chora nieuleczona poszła do domu. Początkowo po pierwszych wstrzyknięciach można było spostrzedz pewne miejscowe rozmiękczenie w guzie, lecz w dalszym ciągu rósł on szybko, pomimo wstrzykiwań w coraz to większych dawkach. I nad tymi więc środkami swoistymi przejść możemy spokojnie do porządku dziennego.

Bossowski podobnież w badaniach swoich, które robił na chorych na oddziele prof. Obalińskiego, przekonał

się o bezskuteczności surowicy Em.-Sch.: nowotwór rakowy rósł bez przeszkody dalej. Wówczas wywołał B. różę przez zaszczepienie hodowli łańcuszkowca, lecz i to pozostało bez wpływu na nowotwór. Okazało się tylko, że przebieg róży był bardzo łagodny, ciepłota nie przechodziła ponad 38·5° C. Podobnie dodatni wpływ wstrzykiwań tej surowicy na przebieg róży swierdzić mógł B. jeszcze w kilku innych przypadkach.

Kader podaje, że surowicę E.-Sch. stosowano w klinice prof. Mikulicza w 16 przypadkach nowotworów złośliwych; wynik wogóle ujemny. W niektórych jednak przypadkach występowało rozmiękczenie częściowe guza, lub oddzielanie się znekrotyzowanych kawałków. Część chorych nie reagowała zupełnie na wstrzyknięcie, u innych zaś odczyn był silny, występowała bezsenność i tam zwykle powstawały opisane zmiany w nowotworach. Przy bliższem badaniu surowicy okazało się, że często bywa ona niedokładnie wyjałowiona i zawiera obfitość koków, których wstrzyknięcie powoduje wystąpienie objawów zapalnych. Tej więc reakcyi zapalnej przypisać należy to pewne działanie na nowotwory. Próby, jakie robiono w klinice wrocławskiej z wstrzykiwaniem surowicy przeciwbłoniczej i czystej surowicy baraniej, podobnież nie okazały wpływu na nowotwory złośliwe.

Drobnik spostrzegał przypadek nawrotu raka po *carcinoma penis* w jednym gruczole pachwinowym i w skórze brzucha, gdzie przyłączyła się róża, która jednakże nie miała żadnego wpływu na wzrost nowotworu.

III. Dr. Klecki. „O roli nerek w zakażeniu krwi“.

Wiadomem jest, że w walce ustroju z drobnoustrojami pewną rolę grają i nerki. Ażeby przekonać się, jak szybko w tym względzie spełniają one swe funkcye, wprowadzał K. zwierzętom do krwi hodowle bakteryj w różnych ilościach, poczem badał mocz w różnych odstępach czasu. Okazało się w tych doświadczeniach, że już po 3—5 minutach można było znaleźć w moczu drobnoustroje, co jednocześnie zdaje się przemawiać przeciw występowaniu zmian anatomicznych w nerkach. Jeżeli wstrzyknięto znaczną ilość, to bakterye znajdowały się w moczu jeszcze po kilku godzinach; po małem zaś zastrzyknięciu już w pół godziny mocz stawał się jałowy, lecz w narządach wewnętrznych i we krwi takiego zwierzęcia wykazać można było drobnoustroje. Jak to wytłómaczyć — obecnie jeszcze K. odpowiedzi dać nie może.

IV. Dr. Wehr. „O wartości opatrunków srebrnych“.

Przed niedawnym czasem polecił Credé srebro metaliczne i jego sole, jako środki opatrunkowe, opierając się na znanych własnościach antyseptycznych metali ciężkich. Przetwory te poleca Credé głównie w czterech postaciach: 1) jako gazę impregnowaną miałkim proszkiem srebra metalicznego, 2) jako gazę pokrytą cienką warstewką listków srebrnych, wreszcie 2 sole srebra, 3) *itrol*-cytrynian srebrowy i 4) *actol*-mlekan srebrowy. W. zrobił szereg doświadczeń w celu wypróbowania własności przeciwgnilnych tych przetworów. Wynik tych doświadczeń nie zupełnie zgodny ze zdaniem Credégo. A mianowicie okazało się, że oba rodzaje gazy ze srebrem, ani wybitniejszych własności antyseptycznych, ani dodatniego wpływu na ranę, nie posiadają. Natomiast działają przeciwgnilnie *actol* i *itrol*, które dodane do epruwetki zawierającej buljon lub płyn z *ascites*, pomimo niezamknięcia jej, utrzymują ciecze te w stanie nierozłożonym. Analogiczne mają działanie jedwab i katgut, wyjałowione w roztworze itrolu. Co się tyczy własności toksycznych, to według doświadczeń W. dawkę trującą dla królika stanowi 0.05 itrolu, wprowadzonego do żyły.

Trzebicky ma wyniki ujemne po stósowaniu gazy srebrnej, która nadto ma i tę stronę ujemną, że jest daleko droższa od innych, używanych zwykle.

Kryński stósował itrol w przypadkach wrzodów goleniowych i ran gruźliczych i przekonał się, że pod względem działania oczyszczającego na rany o wiele ustępuje ten środek jodoformowi. Rany czysto granulujące goją się pod itrolem równo, gdyż, zdaje się, posiada on nieco kaustyczne własności.

Uhma zauważył zbyt drażniące działanie aktolu w *herpes*, gazę zaś radzi stanowczo zarzucić, jako nieprzepuszczalną i nic nie chłonącą. (Ciąg dalszy nastąpi).

VIII. Wiadomości zawodowe.

Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka.

Uznając sprawę wyrabiania surowicy przeciwbłoniczej w Instytucie higienicznym prof. Bujwida w Krakowie, oraz byt zakładu szczepienia przeciw wściekliźnie, istniejący przy krakowskim Szpitalu św. Łazarza, także pod kierunkiem prof. Bujwida, — za sprawy ogólnego dla lekarzy znaczenia, przytaczamy poniżej dwa reskrypty ministeryalne, dotyczące obu tych instytucyi.

Odpis do l. 60203. ***Do Świetnego Wydziału krajowego we Lwowie.***

C. k. Namiestnictwo ma zaszczyt przesłać w załączeniu prośbę prof. Odona Bujwida z Krakowa o subwencyę z funduszów państwowych, z powodu dokonywanego przezeń w szpitalu św. Łazarza w Krakowie szczepienia ochronnego od wścieklizny, wraz z popierającem tę prośbę sprawozdaniem c. k. Radcy Dworu i kierownika Starostwa w Krakowie z nadmienieniem, że wysokie c. k. Ministerstwo spraw wewn. reskryptem z 6 Lipca 1896 l. 14422 oświadczyło gotowość udzielenia subwencyi w ramach istniejącego na ten cel pokrycia, w celu przyczynienia się do utrzymania tego, publiczne dobro na celu mającego zakładu, jednak pod warunkiem, jeżeli Świetny Wydział krajowy, jako zarządzający szpitalem św. Łazarza, będzie skłonnym zapewnić odpowiednią stałą pieniężną subwencyę dla wykonywania tej ochronnej i leczniczej metody leczenia wścieklizny w szpitalu św. Łazarza w Krakowie tembardziej, że podobny zakład, istniejący przy szpitalu Rudolfa we Wiedniu, jest utrzymywany tylko z funduszów szpitalnych.

C. k. Namiestnictwo ma zaszczyt upraszać Świetny Wydział krajowy o ile możności rychłe oświadczenie się w tym względzie i zwrot załączników niniejszej odezwy.

We Lwowie dnia 15. Lipca 1896.

L. 50372. ***Do WPana profesora O. Bujwida w Krakowie.***

Wys. c. k. Ministerstwo spraw wewnętrznych, otrzymawszy od rządowego instytutu produkcyi surowicy antidyfterytycznej opinię o zupełnie odpowiedniej jakości produkowanej przez WPana surowicy, udzieliło Panu reskryptem z 6. Czerwca 1896 l. 37207 ex 1895 aż do odwołania pozwolenia na sprzedaż i dostarczanie tak dla zakładów leczniczych i lekarzy, jak i dla aptekarzy surowicy antidyfterytycznej przez WPana, lub pod własną jego odpowiedzialnością w krakowskim instytucie higienicznym wyprodukowanej, a to pod tymi samymi warunkami i przy zachowaniu tych

wszystkich ostrożności, jakie są przestrzegane przy sprzedaży tej surowicy w instytucie rządowym we Wiedniu, z którym zechce WPan, celem jednostajnego postępowania w ciągłem pozostawać porozumieniu.

W szczególności będzie obowiązkiem WPana przestrzegać, aby dawka surowicy i jej siła odpowiadała dawce surowicy rządowego zakładu wiedeńskiego i zawierała w takiej samej ilości surowicy, taką samą ilość jednostek antitoksyny, równych co do siły jednostkom surowicy Behringa, — dalej, aby jej cena (1 złr. 40 ct.) jak i forma ekspedycyi była taka sama, jak we wspomnianym instytucie, z dołączeniem do każdej dawki sposobu jej użycia i z oznaczeniem źródła pochodzenia.

Obowiązkiem dalszym WPana będzie utrzymywać stale taką ewidencyę produkcyi surowicy, przez założenie odpowiednich książek i prowadzenie właściwych zapisków, aby każdego czasu sprawdzoną być mogła proweniencya każdej poszczególnej dawki surowicy.

Nadto należy z każdej partyi surowicy, uzyskanej przy każdym poszczególnym upuście krwi, przesłać jedną próbną dawkę z odpowiednią notatką do rządowego zakładu produkcyi surowicy we Wiedniu.

Dalej będzie wymaganem, aby higieniczne urządzenia zakładu produkcyi surowicy przy instytucie higienicznym, zostającym pod kierunkiem WPana, jak niemniej i stajnia dla utrzymywania w tym celu potrzebnych zwierząt, zawsze w odpowiednim stanie były utrzymywane i, by współdziałanie i dozor weterynarski był przytem zapewniony.

Nadzór zwierzchniczy nad temi stosunkami, jak również nad całym sposobem produkcyi i sprzedaży surowicy, pozostaje zastrzeżony c. k. Namiestnictwu.

Z upływem każdego roku zechce WPan przedkładać c. k. Namiestnictwu dokładne sprawozdania co do produkcyi, sprzedaży i zastósowania w Pańskim zakładzie produkowanej surowicy z uwagą, że każdocześnie na żądanie władzy obowiązany WPan będzie w tym kierunku wszelkich potrzebnych udzielać wyjaśnień.

Lwów dnia 10. Lipca 1896.

Za c. k. Namiestnika
Lidl w. r.

* **Sprawozdanie biura statystycznego miasta Krakowa o ruchu ludności w tygodniu XXIX.** (od 12. do 18. Lipca). Ludność średnia roczna wraz z wojskiem 80.310. Zawarto małżeństw 13 (8·45); urodzin było 45 (29·13); skonów 61 (39·60). Stosunek dzieci ślubnych do dzieci nieprawego łoża wynosił u chrześcian 22 : 6, u żydów 10 : 7.

IX. Wiadomości bieżące

Kraków dnia 30. Lipca 1896.

* Komisya słownikowa Towarzystwa lek. krak. doprowadziła swą pracę do litery *O;* jest wszelka pewność, że podstawowa część tego dzieła z końcem roku 1896. wykończoną zostanie.

* Stopień doktora wszech nauk lekarskich na Uniwersytecie Jagiellońskim otrzymali: Artur Zopoth, Aleksander Teichmann, Piotr Trzciński, Jan Lasko, Henryk Kluszyński, Hieronim Potok, Zygmunt Wąsowicz, Mieczysław Andraszewski, Antoni Benda, Hubert Dika, Michał Oller, Floryan Łoboda, Piotr Sieradzki, Antoni Szarkowski i Antoni Lisowiecki.

* Piękny dowód koleżeństwa i jednomyślności złożyli lekarze angielscy: w Liwerpolskim miejskim zakładzie położniczym zarząd administracyjny nie wydalił pielęgarki wbrew wymaganiu lekarza ordynującego. Na ten krok zarządu wszyscy lekarze tego zakładu wypowiedzieli służbę, a w całej Anglii nie znalazł się ani jeden lekarz, który by pospieszył na wezwanie administracyi dla objęcia opróżnionych posad. Oczywiście zarząd gospodarczy musiał kapitulować, a lekarze powrócili na swoje stanowiska, lecz dopiero po urzędowem zastrzeżeniu im prawa, które na przyszłość zapobieży tego rodzaju samowoli administracyi szpitalnej.

* Statystyka m. Berlina za rok 1894. wykazuje ogólną liczbę porodów 49.497. Na liczbę tę przypada porodów ze stadeł nieślubnych 6.769, co, jako na kraj „dobrych obyczajów i bojaźni bożej“, trochę za wiele. Trzy porody odbyły matki, niemające jeszcze 15-tu lat. Bliźnięta urodziły się 547 razy, trojaczki 9 razy. Matek pierwiastek było 10.893, 7 matek liczyło po 16 lat, 42 — po 17. Jedna z matek 17-letnich rodziła poraz trzeci, inna 22-letnia wydała na świat 6-te dziecko, inna jeszcze 25-letnia — 9-te; trzy 29 letnie — 12-te; jedna 32-letnia — 15-te. U 31 małżeństw urodziło się dziecko 16-te; u 22-ch — 17; u 9-ciu — 18-te; u 2-ch — 19 i 20; dwie małżonki w wieku lat 43 i 44 rodziły dziecko 21-sze. Wreszcie jedna 51-letnia kobieta urodziła dziecko 8-me, 52-letnia 9-te.

* *Pietierburgskije Wied.* donoszą, że honorowy profesor petersburskiego Instytutu klinicznego, Dr. O. Moczutkowski, mianowany został profesorem zwyczajnym chorób nerwowych.

* Fabrykanci kakao dodają do tej pożywki alkalia, czasem aż do 3%. Zmydlenie, które powstaje po zetknięciu się alkaliów z tłuszczem, nadaje kakao osobliwy smak i ciemną barwę, co ma być oznaką wartości wyrobu. Ze względu na to, że kakao tak często poleca się wyzdrowieńcom i osłabionym, ten znaczny odsetek alkaliów nie może pozostać bez szkodliwego wpływu.

* Londyński szpital dla rakowatych leczył w ciągu 45 letniego swego istnienia 43.000 chorych.

* Studenci wszechnicy egipskiej w Kairze, którzy stawili czynny opór zarządzeniom sanitarnym przeciw cholerze, zostali skazani na ciężkie roboty od 6 miesięcy do $3^1/_2$ lat.

O Wydział lekarski w Jenie zamianował księcia Bismarka honorowym doktorem medycyny.

O W Nrze 29. *Wiener med. Wochenschrift* czytamy, że asystenci prof. Alberta wykazali obecność jodu w przysadce mózgowej (*hypophysis cerebri*). Faktem tym daje się wyjaśnić zastępcza czynność tego narządu w stosunku do gruczołu tarczykowego.

O W cieplicach jodowych Lipik (Slawonia) wybudowanym zostanie jeszcze w bieżącym roku pawilon oficerski z fundacyi ś. p. arcyksięcia Albrechta, kosztem 45 000 złr. w. a. Grunt pod budowę już został zakupiony. Dla zdrojowiska Lipik, które w ostatnich latach znacznie się podniosło i liczy wiele pięknych, znacznym nakładem postawionych budynków, elektrycznością oświetlonych, pawilon ten będzie nową ozdobą i nowem wyposażeniem, przyczyniającem się do dalszego rozwoju.

— **Nekrologia.** Zmarli: Profesor medycyny sądowej w Gand Dr. **Visscher;** — docent terapeutyki w Budapeszcie Dr. **Benczur;** — były lektor higieny w Londynie Dr. **Ralfe.**

Artykuły oryginalne mieszczące się w czasopismach lekarskich polskich. W *Gazecie lekarskiej* Nrze 30. Dra Fil. Hołowińskiego: O fotografowaniu dwóch tonów serca, współcześnie z innemi falami fizyologicznemi. Dra Janowskiego: O Flagellatach (wiciowcach) w wypróżnieniach ludzkich i o ich znaczeniu w patologii przewodu pokarmowego. Dra Rundo: Przypadek położenia twarzowego, zamienionego na czaszkowe. Dra Brunnera: O promieniach Röntgena i o röntgenografii w zastósowaniu do medycyny. — W *Medycynie* Nrze 30. Dra Gepnera (syna): O leczeniu krótkowzroczności wysokiego stopnia za pomocą usuwania soczewki. Dra Kasprzaka: Przypadek włókniaka więzadła szerokiego macicy. Dra Higiera: Syringomyelia.

Redakcya otrzymała:

— Profesor Dr. E. Korczyński: Zeszyt XVIII. Zbioru prac z kliniki lekarskiej prof. Korczyńskiego. Kraków, 1896.

— Drzy Neugebauer i Warszawski: Wynicowanie macicy. Warszawa, 1886.

— Neugebauer: 58 cięć cesarskich, dokonanych z powodu zwężenia częściowego lub całkowitego zarośnięcia pochwy. Warszawa, 1896.

— Dr. St. Bondzyński i Dr. R. Gottlieb: Über die Constitution des nach Coffein und Theobromin im Harne auftretenden Methylxanthins. (Heidelberg).

— Z. Korosteński: Ciemne promienie światła i Röntgenowskie. (Lwów, 1896).

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**

DO NABYCIA

we wszystkich księgarniach

następujące dzieła wydane z zapomogi kasy pomocy

dla osób pracujących na polu naukowem

lub ofiarowane na rzecz kasy.

DZIEŁA LEKARSKIE.

Juliusz Cohnheim. **Odczyty z patologii ogólnej.** Podręcznik dla lekarzy i studentów. Przekład z drugiego przerobionego wydania, z 1882 roku. Warszawa, 1884. w 8-ce. Tom I. str. VIII, 607; Tom II. str. V, 262; Tom III. str. VI, 330, 20. — Cena rs. 5.

S. Jaccoud. **Wykład patologii szczegółowej.** Przekład z 7-go wydania francuskiego z 1883 r. Dzieło ozdobione drzeworytami i tablicami chromolitograficznemi. Warszawa, 1884. w 8-ce. Tom I. str. 931; Tom II. str. 984; Tom III. str. 961. — Cena rs. 2.

A. Baginsky. **Wykład chorób dzieci.** Podręcznik dla lekarzy i studentów. Przekład z wydania niemieckiego z roku 1883 dokonany przez Dra Wiktoryna Kosmowskiego. Warszawa, 1886. Tom I. w 8-ce, str. VIII, 279; Tom II. 1886, str. 272; Tom III. 1887, str. 272. Cena rs. 1.

H. Haeser. **Historya medycyny.** Przekład trzeciego wydania dzieła: **Lehrbuch der Geschichte der Medicin** dokonany przez prof. Dra H. Łuczkiewicza. Tom II. Dzieje medycyny nawożytnej. Warszawa, 1886. w 8-ce, str. 1092. — Cena rs. 5.

Toż samo dla b. prenumeratorów Biblioteki umiejętności lekarskich, od ark. 68. (str. 737 do 1062). — Cena z przesyłką rs. 2. — Arkusze poprzednie zniszczone i zagubione, księgarnia E. Wendego i Spółki uzupełnia bezpłatnie.

(NB. Tom pierwszy powyższego dzieła, obejmujący medycynę wieków starożytnych i średnich, wydany w roku 1876. w Bibl. umiej. lekarskich, str. 386 i II, znajduje się w handlu księgarskim po rs. 1).

A. Korneliusz Cels. **O lecznictwie ksiąg ośmioro.** (A. Corn. Celsi: De medicina libri octo), z najlepszych wydań na język polski przełożył Dr. med. i chir. Henryk Łuczkiewicz. Warszawa, 1889. str. XXXVII, 630. — Cena rs. 2.

Cybulski Napoleon, prof. **Fizyologia człowieka**, wydana staraniem Stanisława Markiewicza. Część I. Krew. Limfa. Mięśnie. Układ nerwowy. Warszawa, 1891. w 8-ce, str. 239, z 63 cynkotypami. — Cena kop. 75. — Część II. Krążenie krwi i limfy. Oddychanie. Trawienie. Warszawa, 1892. str. 240—494, z 58 cynkotypami. Cena kop. 75.

Fryderyk Sander. Zarys nauki o **Publicznej ochronie zdrowia**, według drugiego wydania z r. 1885, przełożył St. Markiewicz, str. VI, 632. Warszawa, 1891. — Cena rs. 1 kop. 50.

Dawid Wassercug. **Objawy oczne**, przy zaburzeniach układu nerwowego, oraz wartość ich przy rozpoznawaniu siedliska i natury chorób mózgowych. (Z rysunkami szematycznymi). Warszawa, 1891. w 16-ce, str. 256. — Cena rs. 1.

Wykłady z dziedziny Patologii ogólnej i szczegółowej. Przekład z dzieła: *Traité de Médecine*, wydanego pod kierunkiem profesorów: Charcot, Bouchard, Brissaud. Patologia ogólna zakażeń przez A. Charrin'a. Zaburzenia i choroby odżywiania przez Le Gendre'a przekład St. Markiewicza. Choroby zakaźne wspólne ustrojowi człowieka i zwierząt przez G. H. Rogera, przekład Ad. Ciąglińskiego Warszawa 1893. w 8-ce, str. VIII, 966. — Cena rs. 4.

Wł. Oltuszewski. **Szkic fizyologii mowy** ze szczególnem uwzględnieniem głosek alfabetu polskiego. Z 5-ciu drzeworytami. Warszawa, 1893. w 8-ce, str. 38. — Cena kop. 20.

Wł. Biegański. **Logika medycyny** czyli zasady ogólnej metodologii nauk lekarskich. Warszawa, 1894, w 16-ce, str. 165. — Cena kop. 75. 67—12—4

Nakładem Tow. lek. krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.